

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 230

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DYSMÉNORRHEES ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
Mention « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Syka-Ivan CHRISTOVA

Née à SOFIA (Bulgarie), le 17 avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 230

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DYSMÉNORRHEES ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Syka-Ivan CHRISTOVA

Née à SOFIA (Bulgarie), le 17 avril 1907.

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
	BÉGOUIN, professeur.....	{ Juges.
	JEANNENEY, agrégé.....	
	CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
* Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNERES.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE
id..... DELMAS-MARSALET.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... PERY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.
id..... Clinique dentaire.....	DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES FRERES

A MON ONCLE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ,

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine et de la Société
de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY,

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui a bien voulu nous aider de ses
conseils et de son expérience pour
l'exécution de ce travail.

Qu'il reçoive ici le témoignage de no-
tre profonde reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT,

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital A.-Boursier,*

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,

Vice-Président de la Société française de Gynécologie,

*Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie de Philadelphie,
de Bucarest et du Brésil,*

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

Qu'il nous soit permis de le remercier
ici pour son bienveillant accueil dans
son service, le précieux enseignement
que nous y avons reçu et le grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.

PLAN

INTRODUCTION.

- I. — DÉFINITION.
- II. — ÉTIOLOGIE.
- III. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.
- IV. — SYMPTOMATOLOGIE.
- V. — TROUBLES CONCOMITANTS.
- VI. — ÉVOLUTION ET MARCHÉ.
- VII. — FORMES CLINIQUES.
- VIII. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.
- IX. — TRAITEMENT.
- X. — OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DYSMÉNORRHÉES ET LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, par ce travail, de faire acte d'innovation. Des recherches et de nombreux articles intéressants ont été faits sur ce sujet. Nous nous proposons surtout de réunir en un tout des documents épars dans la littérature médicale, nous permettant de comprendre de quelle importance est dans la vie de la femme ce trouble, qui est si souvent observé et qui est capable, dans certains cas, de la rendre infirme dans sa vie active.

La dysménorrhée a été l'objet d'études assez anciennes. On lui a attribué divers troubles nerveux, comme l'hystérie, qu'on rencontre chez certaines femmes appelées par Barnès femmes à tempérament ovarien. Ce tempérament est caractérisé par une hyperexcitabilité nerveuse et par la présence de gros ovaires chez ces femmes.

Avant de commencer l'étude sur les dysménorrhées et leur traitement, il serait bon de donner quelques notions sur le fonctionnement des ovaires et la menstruation.

A. — *La fonction ovarienne.*

La glande génitale femelle présente son activité suivant deux modalités : d'une part, elle préside à la fonction d'ovulation et c'est à ce titre qu'elle est glande de la reproduction; d'autre part, elle présente une sécrétion interne assurée par des formations glandulaires spéciales. Ainsi l'ovaire joue tour à tour le rôle d'une glande à sécrétion externe et d'une glande à sécrétion interne.

a) OVAIRE GLANDE A SÉCRÉTION INTERNE.

Histologiquement, l'ovaire est formé d'une zone médullaire et d'une zone corticale composée par un grand nombre de follicules de de Graaf. Sur ce nombre de follicules, 300 à 400 seulement sont appelés à mûrir pendant la vie sexuelle de la femme, de la puberté à la ménopause, les autres régressent.

Chaque mois, un follicule mûrit sur un ovaire ou sur un autre et, arrivé à son maximum de développement, se rompt. Son contenu : ovule, *liquor folliculis*, est déversé à la surface de l'ovaire; c'est l'ovulation ou la ponte ovulaire.

L'ovule ainsi libéré émigre à travers la trompe qui le recueille, par suite de l'éversion congestive de son pavillon, et le fait progresser par les contractions de sa muqueuse. Si, pendant sa migration à travers la trompe, la rencontre de l'ovule avec un spermatozoïde s'effectue, l'ovule fécondé va se fixer sur la muqueuse utérine, sinon, il est voué à une destruction rapide. On explique la rupture du follicule mûr par une congestion intense qui se produit au niveau de l'ovaire. Cette congestion rend surtout la surface médullaire de l'ovaire turgescente; dès lors, le follicule est comprimé entre la couche fibreuse de l'ovaire et la médullaire gonflée, et le follicule se rompt au niveau du stigma, qui est le point de

moindre résistance. Cette congestion ovarienne locale n'est qu'une manifestation de l'état congestif de tout l'organisme féminin, qui se produit périodiquement et qu'on appelle « vague intermenstruelle » ou « vague utéro-ovarienne ».

b) OVAIRE GLANDE A SÉCRÉTION INTERNE.

Le follicule de de Graaf rompu va être le siège d'un travail histologique spécial auquel participent les cellules folliculaires et les cellules de la thèque interne. Ces cellules, chargées d'enclaves et pénétrées par des capillaires, ne tardent pas à présenter tous les caractères d'une glande endocrine : c'est le corps jaune. Le corps jaune atteint son développement complet en dix jours chez la femme. Quand l'ovulation n'a pas été suivie de fécondation, il régresse dès le dixième jour, subissant une dégénérescence graisseuse et aboutissant à la production du corps albicans. S'il y a eu fécondation, il persiste pendant plusieurs mois, devenant le corps jaune gestatif. D'après cette évolution, on peut supposer que le corps jaune ne joue son rôle véritable qu'au cours de la grossesse. Il conditionne, en effet, toutes les manifestations qui, au début de la grossesse, se produisent au niveau des organes génitaux et de la glande mammaire.

On peut se demander quel est le rôle des cellules interstitielles de l'ovaire. Cette glande, on ne la rencontre à coup sûr, dans l'espèce humaine, que chez le fœtus. Elle perd de son importance histologique à partir de la puberté. Chez la femme adulte, ce n'est qu'au moment des poussées germinatives que certains éléments interstitiels dérivés de la thèque interne prennent le caractère glandulaire constituant la glande thécale. Elle est surtout caractérisée par sa richesse en lipoides. Pour Négrier, son identité de constitution avec le corps jaune implique une même destinée physiologique. Les deux formations présentent des cycles évolutifs à peu près pareils : leur maximum de développement, de même que leur maximum de richesse en lipoides, correspond pour tous les

deux aux trois premiers mois de la grossesse. C'est à ce moment que les lipoides paraissent être en voie de résorption massive et que leurs réactions deviennent celles des lipoides labiles. Corps jaune et formation lipoidiques seraient deux formations différentes, mais à déterminations physiologiques identiques, les variations quantitatives de l'une et de l'autre étant contre-balancées par une suppléance réciproque.

B. — *La menstruation.*

La menstruation est un écoulement sanguin périodique d'origine utérine se faisant au niveau des organes génitaux chez la femme normale pendant toute la durée de son activité sexuelle.

Son apparition est en rapport avec la congestion utérine et la vague utéro-ovarienne et se manifeste tous les vingt-cinq ou vingt-huit jours.

Au point de vue anatomique, la menstruation semble découler de tout un édifice histologique au niveau de la muqueuse utérine, qui paraît être en rapport avec la réception et la nidation de l'œuf dans la muqueuse utérine, dont la partie superficielle congestionnée et fortement épaissie se nécrose et laisse les sinus sanguins épaissis qui saignent.

Les anciens auteurs croyaient que le flux menstruel servait à l'élimination des produits nocifs du sang. Pour Vignes, le flux menstruel est probablement un exutoire des produits qui auraient servi aux premiers stades du développement de l'embryon.

Pinard soutient une idée plus générale : la menstruation n'est pas une fonction, mais la manifestation d'un avortement ovulaire. D'après lui, les règles représentent une manifestation, si on peut dire, anormale. Dans l'esprit de la nature, la femme devrait être en état constant de grossesse, les règles étant de ce fait supprimées.

Quand on cherche les causes qui président la menstruation, il faut expliquer aussi la vague prémenstruelle. Il est

admis à peu près universellement que les époques cataméniales sont supprimées par la castration, et quand les règles persistent après une telle opération, c'est, ou bien qu'on a laissé un fragment d'ovaire sain, ou bien qu'il existe un ovaire surnuméraire.

Le mécanisme d'action de l'ovaire sur la menstruation est expliqué de diverses manières. Certains auteurs pensent qu'il s'agit d'un réflexe déclenché par l'excitation permanente des ramifications nerveuses intra-ovariennes, irritées par l'accroissement de la vésicule de de Graaf.

D'autres l'attachent à l'activité de la sécrétion interne. Au moment des règles, le corps jaune présente tous les caractères d'une glande à sécrétion interne. Il déverse dans le sang des produits qui déterminent d'abord des phénomènes congestifs généralisés, ensuite une vasodilatation qui, au niveau des organes génitaux, détermine le flux menstruel (Fraenkel, Ancel).

Donc, c'est l'ovule qui commanderait le cycle menstruel, c'est lui qui, lors de sa formation, appellerait la poussée sanguine ovarienne; c'est lui qui, lors de son expulsion, ferait la poussée sanguine menstruelle, et c'est lui qui, pendant son développement, entretiendrait une circulation utérine intense.

I

DEFINITION

La dysménorrhée est une menstruation difficile qui est assez fréquemment observée. C'est un trouble passager, *douloureux*, qui disparaît au bout de quelques heures ou de quelques jours, sans laisser aucune trace apparente, pour réapparaître les mois suivants ou quelques mois après.

C'est un trouble de la menstruation, provoquant des règles pénibles et laborieuses, s'accompagnant de *phénomènes douloureux*, soit dans les jours qui précèdent le flux menstruel, soit au moment même de l'écoulement cataménial. C'est la manifestation douloureuse, pendant l'époque menstruelle, d'une lésion pouvant porter sur le col ou le corps utérin, sur les trompes et les ovaires, sur le plexus hypogastrique.

Et si l'on considère tous les troubles de la santé qui précèdent, accompagnent ou suivent la menstruation, toutes les femmes seraient dysménorrhéiques. Ainsi nous devons éliminer des dysménorrhées toutes les modifications purement physiologiques imprimées à l'organisme par l'ovulation : ni la chaleur hypogastrique, ni l'excitabilité particulière de tout le système génital, ni l'existence de quelques coliques sourdes, ni même la recrudescence douloureuse de certaines affections inflammatoires de l'utérus ou de ses annexes, sous l'influence du molimen cataménial, ne constituent la dysménorrhée. Pour avoir de la dysménorrhée, il faut que les symptômes locaux et généraux soient plus accusés qu'à l'état normal, et qu'ils puissent présenter par leur acuité et leur gravité un caractère morbide.

Cependant, malgré la cessation des accidents pendant la période intercalaire, on peut considérer la dysménorrhée, non pas comme une maladie essentielle, mais comme un symptôme d'affections diverses. On voit la disparition des accidents pendant l'intervalle entre deux époques, mais ce n'est qu'une sorte d'accalmie momentanée. Aux règles suivantes, l'ovule commencera son développement, une nouvelle congestion cataméniale se produira, qui va éveiller le trouble menstruel calme et de nouveau les mêmes symptômes douloureux se produiront.

Il y a nombre de femmes qui guettent et appréhendent l'approche de leurs règles, gardant le souvenir des douleurs qu'elles ont éprouvées pendant la dernière époque. Et c'est ainsi chaque mois et chaque année, à partir de leur puberté jusqu'à leur ménopause, où la castration naturelle se produira, et l'ovaire sera exclu comme organe fonctionnel de l'organisme féminin.

Ce qui caractérise la dysménorrhée, c'est la difficulté et l'irrégularité de la menstruation; ce sont les efforts et la lutte douloureuse de l'organisme dans le travail préparatoire à l'excrétion des règles et dans leur écoulement hors des voies génitales (Siredey).

En principe, on peut dire qu'il y a dysménorrhée chaque fois que des phénomènes douloureux assez intenses pour rompre ou gêner sérieusement l'existence normale de la femme apparaissent périodiquement avant ou pendant la menstruation.

II

ETIOLOGIE

La dysménorrhée est un syndrome qui se rencontre dans les circonstances les plus variées, et il est difficile d'évaluer sa fréquence et son étiologie.

Quand on regarde les statistiques faites par différents auteurs, on trouve que presque un tiers des femmes présentent des troubles dysménorrhéiques.

« La menstruation normale n'est pas « douloureuse ». Pourtant, 30 p. 100 des femmes éprouvent quelques vagues douleurs à l'occasion de leurs règles et 5 p. 100 souffrent au point de devoir s'arrêter et même s'aliter. » (Jeanneney.)

Burger trouve, sur 31.000 femmes, 8 p. 100 de dysménorrhées. Sanderson Clown, sur 2.000 jeunes filles de 12 à 22 ans, constate :

Chez 78 p. 100, aucune sensation anormale;

Chez 17 p. 100, malaises;

Chez 7 p. 100, troubles plus marqués.

Vignes, sur 233 femmes consultées pour diverses raisons obstétricales, arrive à 38 p. 100 de dysménorrhées.

On trouve un écart d'une statistique à l'autre par suite de la grande variabilité d'apparition des dysménorrhées et des diverses conditions dans lesquelles on les observe, enfin et surtout à cause des différentes interprétations qu'on leur donne. La menstruation s'accompagnant de malaises, on est bien embarrassé pour dire où finit l'état physiologique et où commence l'état pathologique.

Quand on étudie les causes provocatrices de la dysmé-

norrhée, on voit qu'il existe toujours une lésion siégeant au niveau de l'appareil génital : ovaires, trompes et utérus; et dans les cas où on ne peut relever cliniquement aucune cause apparente, cela ne veut pas dire que celle-ci n'existe pas, mais qu'elle n'est pas décelable par nos moyens cliniques. En effet, les interventions pratiquées pour différentes dysménorrhées ont montré des lésions microscopiques, révélées après un examen histologique. Et bien des fois on est frappé de voir une lésion toute petite, qui donne un trouble fonctionnel disproportionné à son importance.

Il nous semble bon de donner au point de vue étiologique la division suivante des dysménorrhées :

- A. *Dysménorrhées organiques*, qui relèvent d'une lésion locale portant sur l'ovaire ou l'utérus;
- B. *Dysménorrhées fonctionnelles*, relevant d'une cause générale.

A. — *Dysménorrhée organique.*

Dans la dysménorrhée organique, on relève des causes d'origine *utérine* et *ovarienne* ou, mieux, *annexielle*. Cette cite que dans 20 p. 100 des cas on retrouve à l'origine des douleurs des altérations pathologiques de la muqueuse utérine, ces lésions étant conditionnées par une altération de l'ovaire.

Siredey refuse la division des dysménorrhées en essentielles et symptomatiques. Pour lui, la dysménorrhée essentielle ou nerveuse n'est qu'une dépendance d'une névrose partielle ou générale, ou d'une altération du sang; à ce titre, il la place entre les dysménorrhées symptomatiques, les seules qu'il reconnaisse. Et pour lui : « La dysménorrhée n'existe pas comme entité morbide; elle n'est qu'un symptôme commun à des affections très diverses. »

a) LÉSIONS UTÉRINES. — Les lésions utérines agissent sur la menstruation de deux façons : soit en provoquant une gêne

de l'écoulement sanguin, soit en troublant dans son évolution fonctionnelle la muqueuse utérine. On peut relever deux variétés entre ces lésions utérines :

- 1° lésions d'ordre congénital;
- 2° lésions d'ordre acquis.

1° *Lésions congénitales.* — Entre ces lésions on cite les malformations utérines, comme : utérus rudimentaire, utérus bifide ou double, utérus unicorne.

L'*utérus rudimentaire* sera la cause la plus fréquente des dysménorrhées par malformations. C'est le petit utérus pubescent caché derrière le pubis. Il sera accompagné d'une débilité de tout l'appareil génital interne, et la fonction génitale sera totalement entravée. Cotte cite (*Lyon chirurgical*, 1920) l'observation d'une femme atteinte d'une dysménorrhée occasionnée par un utérus double, unis au niveau du col, les annexes étant normales. Jayle montre que certaines brides dans le fond du vagin peuvent intervenir aussi comme cause.

Un rôle plus important dans la dysménorrhée semble joué par les *vices de position de l'utérus* : l'antéflexion et la rétroflexion. L'antéflexion forcée est le plus souvent rencontrée chez des jeunes filles ayant des règles douloureuses. On se demande dans ces cas qu'elle est la part effective de la coudure et celle de la sclérose produite au niveau de la flexion dans la production de cette dysménorrhée. Si on redresse l'utérus par un moyen ou par un autre, on constate que la dysménorrhée n'est pas toujours supprimée. Il semble que la sténose produite n'est pas le seul facteur de dysménorrhée et qu'il s'ajoute ici un élément spasmodique dont le point de départ se trouve dans le plexus hypogastrique en état de souffrance (Condamin).

2° *Lésions acquises.* — Comme lésions acquises intervenant dans la dysménorrhée, on observe surtout des *sténoses* consécutives à des cautérisations, à des interventions auto-

plastiques portant sur le col de l'utérus, et des flexions acquises de l'utérus. Ces sténoses, comme les sténoses congénitales, interviennent par le même mécanisme, en formant obstacle, au niveau des orifices du col, à l'écoulement menstruel. On en observe deux variétés : une sténose siégeant sur l'orifice interne du col, l'autre sur l'orifice externe. La sténose varie, depuis l'orifice normal, de 2 à 4 millimètres, jusqu'à l'orifice punctiforme, dans lequel il est difficile d'introduire même le plus fin stylet. L'orifice interne est plus large. Il peut avoir 4 millimètres de diamètre. Il présente une athrésie avec coudure au niveau de l'isthme.

La *rétroversion* provoque une dysménorrhée par gêne de l'écoulement. On la rencontre surtout chez des femmes mariées : après un accouchement, l'utérus, pour une cause ou pour une autre, ne subit pas son involution normale et reste gros, congestionné. Cette congestion va s'ajouter à la coudure produite au niveau de l'isthme par le gros poids de l'utérus, dont le fond est senti dans le Douglas. Ces deux facteurs s'ajoutent pour s'opposer au flux normal. Habituellement, la femme commence à souffrir après l'accouchement, les règles s'écoulent en plusieurs fois, avec un arrêt intercalaire de douze à vingt-quatre heures, et l'utérus se vide par regorgement, en présentant des phénomènes douloureux.

L'*antéflexion* survient habituellement comme cause après un état inflammatoire du petit bassin, qui, à la suite, a amené la rétraction de son tissu cellulaire lâche. On observe ces dysménorrhées surtout chez des jeunes filles qui commencent à souffrir dès la puberté. D'après Condamin, ces flexions ne sont pas des affections congénitales, ce sont des séquelles des infections du péritoine pelvien pendant l'enfance.

Les *endométrites* des jeunes filles, caractérisées par l'existence dans une cavité cervicale renflée en barillet d'une certaine quantité de mucus adhérent aux parois, sont rangées par certains auteurs parmi les causes des règles douloureuses.

Les *tumeurs* peuvent intervenir, soit par leur siège, soit par la congestion locale qu'elles produisent. Les adénomyomes de l'utérus, les polypes fibreux, les fibromes utérins siégeant au niveau de l'isthme du col, provoquent par leur présence une obstruction à l'écoulement menstruel.

Certains états inflammatoires du péritoine pelvien ou du tissu cellulaire qui forme la base des ligaments larges, comme les *paramétrites* et la *cellulite pelvienne*, peuvent occasionner des troubles menstruels. Ces troubles sont ici de nature congestive. Souvent, on peut relever dans ces cas des brides, qui coudent la trompe et maintiennent l'utérus en position vicieuse. Leur origine est difficile à déterminer. Dans certains cas, elles semblent être le fait d'une poussée de lymphangite ou de phlébite consécutives à une infection des culs-de-sac vaginaux, du col ou du corps de l'utérus, même du gros intestin (Cotte). D'autres fois, ces lésions semblent primitives et sont peut-être le fait d'une sclérose primitive des vaisseaux ou du tissu cellulaire qui entourent le col. Encore il est probable que c'est le voisinage de l'inflammation avec les nerfs qui émanent du plexus hypogastrique ou le plexus hypogastrique lui-même qui occasionne les douleurs. On sait que la pelvi-péritonite, par propagation de l'inflammation aux nerfs sous-jacents, provoque par elle-même des névrites secondaires.

b) LÉSIONS ANNEXIELLES. — Ces lésions portent sur les trompes et les ovaires.

1° *Lésions tubaires*. — Les lésions tubaires sont les moins importantes. Elles sont représentées par les salpingites, et surtout la salpingite tuberculeuse. On retrouve les mêmes symptômes pour la tuberculeuse annexielle primitive ou pour les répercussions annexielles de la tuberculose pulmonaire. C'est toujours le foyer de première inoculation qui commande l'évolution pathologique ultérieure de tout sujet infecté. La salpingite tuberculeuse donne des troubles variés, dont le plus important est la dysménorrhée. Elle est produite

non seulement par le fait de la congestion inflammatoire, mais aussi par la rétention due à la sclérose de l'isthme salpingien.

2° *Lésions ovariennes.* — Les lésions ovariennes sont l'origine d'un grand nombre de dysménorrhées. Les lésions les plus importantes sont la sclérose ovarienne et la dégénérescence scléro-kystique, à laquelle on a attribué autrefois tous les troubles dysménorrhéiques.

On place parmi ces lésions le *varicocèle* tubo-ovarien avec dysménorrhée et dyspareunie, provoquant surtout des douleurs avant les règles de deux à trois jours. Au toucher, on a la sensation d'un paquet variqueux qui pénètre dans le fond du cul-de-sac vaginal.

Le *prolapsus* de l'ovaire, son ectopie, qui peut être suivie d'une dégénérescence kystique de l'ovaire, intervient parfois dans les dysménorrhées.

On peut relever comme causes d'origine ovarienne certaines tares congénitales, telles que la syphilis et la tuberculose. Ces deux affections peuvent marquer leur empreinte sur l'ovaire dès la vie intra-utérine et compromettre ainsi son fonctionnement.

Il ne sera pas étonnant de voir une femme à hérédité chargée présenter une dysménorrhée par insuffisance ou intoxication de la glande. On sait que l'ovaire est beaucoup plus souvent touché que le testicule.

Beaucoup de jeunes filles qui ont eu dans leur enfance diverses manifestations *tuberculeuses* sont dysménorrhéiques. Ces malades présentent une débilité vraie. Leurs glandes endocriniennes sont insuffisantes. Leur puberté a été précoce ou très tardive comme si leur développement était entravé par ce poison tuberculeux qui a imprégné leur organisme dès la vie intra-utérine. L'utérus est petit, mobile; les ligaments grêles; les ovaires petits, scléreux, atrophies ou scléro-kystiques.

Les *maladies infectieuses* sont aussi responsables de l'appar-

rition des dysménorrhées. Elles présentent d'autant plus de gravité qu'elles atteignent une jeune fille plus près de la puberté. Ainsi agissent la fièvre typhoïde, la scarlatine, les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme noueux. La tuberculose pulmonaire aiguë donne une aménorrhée par suite d'un état de stupeur qu'elle provoque dans l'ovaire. Dans la tuberculose chronique, par l'imprégnation toxique et continuelle qu'elle détermine, la menstruation est presque normale, mais dans la tuberculose fibro-caséeuse, l'intoxication provoque des irrégularités de quantité et de qualité. Dans tous ces cas, on voit l'intoxication retentir sur le follicule de Graaf, et, si elle dure pendant longtemps, elle provoque une sclérose de l'ovaire.

B. — *Dysménorrhée fonctionnelle.*

CAUSES GÉNÉRALES. — Un très grand nombre de maladies générales interviennent dans la production des dysménorrhées par les lésions qu'elles provoquent sur l'appareil génital. Il y a cependant certaines dysménorrhées qui s'expliquent mal, ont une étiologie obscure et restent très difficiles à préciser.

L'hérédité, qu'on fait intervenir dans bien d'autres lésions, semble jouer ici un certain rôle. Un grand nombre de femmes dysménorrhéiques sont des descendantes d'arthritiques. Dans leurs antécédents héréditaires, on trouve des stigmates d'arthritisme et de neuro-arthritisme. On voit des familles de dysménorrhéiques, comme des familles d'hernieux où plusieurs personnes (mère et filles) présentent de la dysménorrhée.

On peut l'observer au cours des différentes affections de l'appareil digestif. *L'auto-infection* intestinale, l'entérocholite, la dyspepsie, l'appendicite chronique, la cholémie familiale interviennent en provoquant une ovulation défectueuse, un molimen cataménial pénible et lent.

Au cours de l'*appendicite*, on a signalé le rapport entre

les poussées appendiculaires et les crises dysménorrhéiques; même des auteurs ont parlé de « flirt entre l'appendice et la trompe ». Les rétractions de toute l'épaisseur du Douglas, après les appendicites chroniques opérées ou non, amènent un effacement presque complet du cul-de-sac postérieur, ainsi qu'une coudure utérine en avant qui entraîne comme conséquence la stérilité et la dysménorrhée.

Chez certaines malades, la dysménorrhée peut être provoquée par une congestion utéro-ovarienne intense occasionnée par une constipation habituelle.

La chlorose et la chloro-anémie sont souvent accompagnées de ce syndrome douloureux. On se demande si la chlorose a vraiment une influence sur le travail ovulaire ou si elle ne détermine pas la dysménorrhée par la prédisposition qu'ont toutes les chlorotiques aux névralgies.

La ptose abdominale, par l'entéroptose qu'elle amène et le déplacement du rein, devient un grand facteur de dysménorrhée. Cette ptose peut exister seule, sans lésions utérines ou ovariennes. Les règles deviennent douloureuses et sont suivies de sensibilité dans les régions ovariennes pendant la période intercalaire. Parfois même, une névralgie ilio-lombaire peut se greffer sur cet état. Ici, les troubles résultent de tiraillement sur les nerfs et les vaisseaux.

Des organes étrangers à l'appareil génital peuvent, par leur souffrance, occasionner de la dysménorrhée. Ainsi Dalché incrimine les cardiopathies, les coliques hépatiques qui, par leur apparition, peuvent régir les crises dysménorrhéiques.

Les conditions hygiéniques défectueuses dans lesquelles vivent certain nombre de femmes, le surmenage intellectuel et prolongé, sont autant de causes susceptibles de rompre le cours normal de la fonction ovarienne.

Si toutes les causes, aussi minimales qu'elles soient ou qu'elles semblent, persistent pendant longtemps, si rien n'est fait pour améliorer l'état général, il va s'installer une dysménorrhée franche et rebelle.

Les lésions des glandes endocrines semblent jouer un rôle,

puisque ce sont elles, en effet, qui assurent le développement de l'organisme et qui en règlent les échanges nutritifs. Max Hirsch révèle que 60 p. 100 des femmes atteintes de dysménorrhée appartiennent au type asthénique : poitrine et abdomen peu développés, tous les tissus se trouvant en une sorte de déchéance. On les observe surtout chez les hypothyroïdiennes et les hypopluriglandulaires.

Les lésions du *système nerveux*, locales et générales, s'observent très souvent. On se demande si certaines dysménorrhées ne sont pas la traduction simple d'une névrose sympathique. On a pu démontrer que certaines cellulites pelviennes agissent en comprimant dans une gangue les filets du nerf hypogastrique. Il reste à savoir si la dysménorrhée n'est pas occasionnée quelquefois par une lésion primitive des nerfs ou des ganglions qui assurent l'innervation de l'appareil génital. Des examens histologiques faits au cours des interventions portant sur le système nerveux pelvien ont montré parfois la présence de petits névromes et de certaines lésions des fibres à myéline qui peuvent tout aussi bien intervenir dans la production des douleurs.

On peut observer certaines actions congestives et nerveuses comme facteurs dysménorrhéiques. La dysménorrhée par choc nerveux est souvent observée. Après une vive émotion ou commotion, les malades voient leurs règles devenir douloureuses. De la même manière agiront les dysménorrhées d'origine nasale, les dysménorrhées des fosses utérines par lésions chroniques de l'estomac, du foie ou de l'intestin.

Dalché admet toutefois qu'il y a des dysménorrhées qui ne s'expliquent ni par l'état antérieur de l'appareil génital ni par une névralgie lombo-abdominale, et qui se produisent sous l'influence d'un état psychique relevant de la névrose d'angoisse, de la neurasthénie ou de l'hystérie.

Et nous dirons que toute cause susceptible de porter atteinte à l'*intégrité anatomique* ou *physiologique* de l'appareil génital de la femme peut donc être un facteur de dysménorrhée.

III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Lorsque la menstruation, qui est une crise, un dénouement, apparaît périodiquement chez une femme normale, sans aucun malaise ou accompagnée de malaises minimes, cela indique que la période qui l'a préparée et celle qui l'a précédée se sont passées normalement et que l'organisme n'a été touché en rien.

Comment les différents facteurs étiologiques énumérés déjà peuvent-ils agir pour rendre douloureux et difficile ce phénomène physiologique qu'est la menstruation ? Sous quelle influence le système nerveux végétatif, étant normalement insensible aux cycles menstruels, devient-il hyperexcitable et réagit-il douloureusement à l'apparition du flux menstruel ? En posant ces deux questions on peut chercher l'explication de ce complexe qu'est la dysménorrhée.

Quand on étudie la dysménorrhée grave, on voit que presque toute dysménorrhée est symptomatique d'une lésion génitale siégeant sur l'utérus ou l'ovaire. Cependant, il y en a d'autres qui semblent indépendantes de toute altération anatomique de l'appareil génital et paraissent provenir d'un trouble purement fonctionnel.

La physiologie pathologique de la dysménorrhée peut être étudiée au point de vue utérin et ovarien.

A. — *Dysménorrhée utérine.*

Les anciens auteurs avec Barrès n'admettaient qu'un seul mécanisme dans la pathogénie utérine : c'était l'obstacle, le rétrécissement du canal cervico-utérin qui empêchait l'écou-

lement du sang menstruel et devenait ainsi la cause des contractions utérines douloureuses.

La *sténose* serait, d'après Condamin, une manifestation secondaire d'une coudure du corps utérin sur le col. Au cours de certains états inflammatoires du petit bassin, le liquide inflammatoire s'écoulant dans le Douglas va se résorber en provoquant une rétraction des ligaments utéro-sacrés. Par suite de cette rétraction qui attire l'isthme utérin en arrière, en rétroposition, l'isthme se coude à angle aigu entre le corps tiré en haut et en avant par les ligaments ronds. Ainsi, l'antéflexion n'est pas une disposition congénitale ou infantile par défaut de développement entre corps et col, mais c'est simplement une lésion mécanique qui peut être compliquée de troubles nerveux à distance. Cette coudure produite sera par elle-même un premier obstacle à l'écoulement sanguin. Secondairement, à l'endroit de la coudure, il va se produire une transformation des éléments anatomiques, et aux éléments musculaires normaux se substituent des éléments néoformés fibroconjonctifs, qui ont tendance à former un tissu rétractile et scléreux.

Entre les époques menstruelles ces malades ne souffrent pas. Elles supportent bien leur sténose sans présenter aucun trouble. Mais lorsque le flux cataménial s'établit, il se fait une poussée congestive au niveau de l'utérus, des vaisseaux et des filets nerveux emprisonnés dans les ligaments utéro-sacrés, ce qui va se traduire : 1° par un fait mécanique vasculaire qui diminuera la lumière de l'orifice interne du col et augmentera la sténose; 2° par un fait spasmodique sur tous les éléments musculaires avec prédominance sur les sphincters de l'utérus, de la vessie, de l'anus.

La sténose peut être secondaire à des interventions portant sur le col et l'isthme utérin; telles les cautérisations pour métrites cervicales au Fihllos, les interventions auto-plastiques, qui remplacent le tissu normal par du tissu cicatriciel scléreux et non élastique; des déchirures au niveau du col agissent de la même manière.

La sténose par inflammation plus ou moins importante de la muqueuse cervicale forme en quelque sorte un bouchon au niveau de l'orifice au moment de la menstruation et empêche le flux cataménial. Certains auteurs ont vu chez des jeunes filles une muqueuse utérine hypertrophiée au niveau de l'orifice interne du col, obstruant et formant un vrai obstacle.

Chez les malades dont l'utérus a perdu son souplesse normale et où ses parois sont sclérosées et parsemées de nombreux myomes et fibromyomes, la congestion cataméniale occasionnera des douleurs par suite de la résistance qu'offre à la distension le parenchyme utérin sclérosé ou par suite de la compression nerveuse qui pourra se produire (Cotte). Des auteurs admettent même que dans certaines dysménorrhées les douleurs seront produites par le fait que la capacité utérine est réduite et que le flux menstruel se fait mal par la suite.

Cotte oppose à la congestion utérine cataméniale une ischémie utérine, qui pourra produire certaines dysménorrhées par un fait analogue à la « claudication intermittente ». Et ce fait est démontré par l'action de la sympathectomie périartérielle, qui provoque une vasodilatation locale et supprime l'ischémie.

Le *spasme* du col, provoqué par une hyperexcitation du système nerveux autonome, intervient comme causes dans certaines dysménorrhées. Les phénomènes spasmodiques observés au niveau de l'utérus, et le retard de développement de cet organe sont dus souvent à une tare constitutionnelle plus générale que génitale et qui est en apparence en rapport avec une hérédité syphilitique. L'utérus est resté à l'état infantile ou est arrêté aux premières phases de son évolution pubertaire. Il est petit, grêle, avec col plus long que le corps. Ces utérus sont fortement fléchis en avant ou en arrière et leur fond peut descendre quelquefois aussi bas que l'extrémité inférieure du col. Ils présentent une cavité étroite et une muqueuse tuméfiée et épaissie qui forme obstacle à l'écoulement.

Quant au spasme, il est peut-être produit par une hypervagotonie du muscle utérin. D'après Ludwig, le tonus musculaire de l'utérus est maintenu en équilibre à un niveau moyen par les diverses sécrétions internes : thyroïde, ovaire, corps jaune, surrénale, hypophyse. Lorsqu'il y a rupture d'équilibre par prédominance de telle ou telle sécrétion, il se produira un spasme, qui sera non seulement un spasme local mais général de tout l'utérus. On sait que l'architecture de la musculature de l'utérus est complexe, formée de fibres provenant des ligaments utérins : ligaments ronds, utéro-sacrés et ovariens. Toutes ces fibres s'intriquent et aucune partie ne peut se contracter sans entraîner la contraction de l'organe tout entier. Kreiss dit que « quand on intervient par des manœuvres dilatatoires pour un spasme au niveau du col, on désharmonise la contraction de l'ensemble » ; donc, il n'y a pas un simple spasme, mais une contraction totale de l'organe. Le fait est affirmé par les guérisons spontanées de ces dysménorrhées après les accouchements, après les opothérapies thyro-ovariennes et pluriglandulaires. Il y a des cas rares où les algies spasmodiques utérines sont à base psycho-affective et demandent un traitement approprié.

La douleur utérine peut être provoquée par une irritation directe, ou à distance, des filets nerveux de l'utérus, occasionnée par une tumeur ou par une autre cause. Au moment des époques menstruelles, chez des malades présentant un utérus congestif, il peut se produire une fluxion, une congestion telle qu'elle va retentir sur les filets nerveux qui accompagnent ou non les vaisseaux et qui manifesteront leur excitation par une douleur vive. Les tumeurs agissent soit par leur présence en comprimant des filets nerveux directement ou à distance par les liquides qu'elles sécrètent.

On peut observer des dysménorrhées utérines par lésions portant directement sur les filets nerveux se rendant à l'appareil génital interne. Quand on étudie ce système nerveux on voit qu'il est formé par des filets sensitifs, moteurs, vasomoteurs et sécrétoires, et selon les filets sur lesquels agira la lésion on aura une manifestation différente :

Les *filets sensitifs* donneront une douleur par irritation directe, d'où apparition de coliques;

Les *filets moteurs* produiront une ischémie ou une hyperhémie congestive au niveau de l'utérus;

Les *filets sécrétoires* détermineront un flux leucorrhéique ou hydrorrhéique et même une élimination en masse de la muqueuse utérine (Cotte).

On peut invoquer en dehors de ces irritations nerveuses primitives des névrites pelviennes sympathiques secondaires à une paramétrite. Les examens histologiques faits par Freud sur le ganglion de Frankenhaüser ont montré : pour les paramétrites aiguës, des œdèmes et de l'infiltration cellulaire du tissu conjonctif du ganglion; dans les paramétrites chroniques, de la prolifération du tissu conjonctif avec atrophie pigmentaire des cellules glandulaires, périnévrites avec disparition partielle des fibres nerveux dans le tissu cicatriciel. Gallard a remarqué que dans les ovulations difficiles avec des dysménorrhées graves ce n'est pas seulement l'ovaire qui est en cause : il y a une répercussion de l'ovaire malade sur l'utérus sain. Et d'après Cotte : « l'ovaire est l'organe qui assure la commande et l'utérus celui qui l'exécute. »

B. — *Dysménorrhée ovarienne.*

Cette dysménorrhée semble la plus fréquemment rencontrée. On peut expliquer sa pathogénie par trois mécanismes :

- a) par lésions apportant une gêne mécanique à l'ovulation;
- b) par lésions sur le système nerveux;
- c) par lésions agissant sur la sécrétion interne de l'ovaire.

a) **DYSMÉNORRHÉE PAR LÉSIONS APPORTANT UNE GÊNE A L'OVULATION.** — Il est facile de comprendre qu'une tumeur solide ou liquide de l'ovaire provoquera une gêne à l'ovulation avec hyperexcitabilité traduite extérieurement par des douleurs dysménorrhéiques. Un kyste, un endométriome, toute tumeur

du parenchyme ovarien, seront une épine irritative, et au moment de la maturation du follicule, lorsque le travail se prépare et se forme la congestion ovarienne, les phénomènes douloureux éclateront.

Dans certains cas, on aura des règles douloureuses provoquées par un ovisac trop profondément situé et par un manque de distension de l'albuginée au moment de la ponte; la congestion du petit bassin est intense, et la femme souffre par le fait que l'ovulation ne peut pas évoluer normalement.

On observe des crises douloureuses particulièrement intenses dans des cas où l'ovaire est comprimé par un utérus rétrolatéroversé (Vayssière); quand il y a hernie de l'ovaire dans le canal inguinal; quand les ovaires sont bloqués à la suite de ligamentopexie, avec traction trop énergique, et quand il y a infantilisme ovarien, adhérences de la trompe et ovarite sclérokystique.

Un ovaire hypoplasique, scléreux, *sclérokystique*, est probablement la cause de beaucoup de phénomènes douloureux dans la sphère génitale, mais nous ne pouvons pas, comme les anciens, attribuer toutes les douleurs génitales à ces affections.

Quelle est l'origine de cette ovarite sclérokystique et par quel mécanisme provoque-t-elle des douleurs cataméniales ?

Pour expliquer l'étiopathologie de l'ovarite sclérokystique, on fait intervenir quatre théories (Castano et Istarozzi) :

1° *Théorie névropathique*. — Il faut rechercher la cause dans le tempérament nerveux de la malade.

2° *Théorie de l'infection*. — Au cours des maladies infectieuses et maladies chroniques; le type est l'ovarite sclérokystique tuberculeuse, bien étudiée dans la thèse de Despeignes.

3° *Théorie de la congestion*. — Cette sclérose est due à une congestion active et passive prolongée.

4° *Théorie de l'origine sympathique*. — Basée sur les douleurs du type sympathique qu'on observe chez les malades. Roux découvre la présence des névromes sympathiques.

L'ovarite sclérokystique tuberculeuse est intéressante parce qu'elle peut se manifester avec l'apparition d'une affection gynécologique primitive, ou bien servant de transition en quelque sorte entre la tuberculose génitale folliculaire et les manifestations génitales chez les tuberculeuses pulmonaires. Son étiologie peut relever d'une infection post-partum ou gonococcique; et chez la jeune fille, où toute lésion des trompes est éliminée, il faut penser à l'origine tuberculeuse possible; habituellement, la tuberculose fait sa preuve par la suite (Despeignes).

Villard, dans un article (*Lyon chir.*, 1925), place les ovarites sclérokystiques entre les inflammations proprement dites et les névrites. Cet auteur estime qu'avant d'enlever un ovaire scléreux, il faut être très réservé : « 1° parce qu'il est difficile de dire à quel moment commence une dégénérescence sclérokystique; 2° et même quand il existe une dégénérescence, il est très difficile de dire si un ovaire est douloureux ou non, et malgré les examens histologiques et la présence des névromes, on ne peut pas savoir si l'ovaire est la cause de la dysménorrhée; 3° et si l'ovaire ne fait que déclencher la douleur utérine, il ne semble pas que l'on doive quand même pratiquer l'ablation, car la dégénérescence sclérokystique est le plus habituellement bilatérale, et l'on se demanderait sur quel ovaire il faudrait porter l'intervention.

Aujourd'hui, ces malades tirent le plus grand bénéfice de la sympathectomie périartérielle.

La dysménorrhée occasionnée par cette ovarite est grave; elle apparaît au début de la vie génitale, au moment de l'établissement des premières règles. Les douleurs sont variables, augmentant après le mariage, après un accouchement ou à la ménopause.

La sclérose utéro-annexielle, étudiée par Poncet et Leriche, est déterminée probablement par l'action sclérosante locale des toxines tuberculeuses. L'utérus est petit, scléreux. Dans les formes atténuées, il est gros et congestionné, l'ovaire

souvent prolabé, tombant dans le Douglas, est criblé de petits kystes. Dans ces cas, les troubles fonctionnels doivent être considérés comme de simples témoignages d'un hypofonctionnement ou d'un dysfonctionnement des ovaires sous l'influence des toxines microbiennes.

b) DYSMÉNORRHÉE PAR LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX GÉNITAL.

— Dans l'ovaire, il existe un réseau nerveux, montré par Wallard, allant du hile à la corticalité de l'ovaire et qui englobe les follicules. Les filets traversent le corps jaune et en sortant se rassemblent dans l'important plexus de Frankenhäuser. Ainsi, on voit que l'élément qui préside à la menstruation, le follicule, est en relation avec des fibres nerveuses qui proviennent du plexus spermatique et rénal et s'irradient, les uns dans le grand sympathique, les autres dans le sympathique sacral. Cette intrication des follicules avec des éléments nerveux explique les réflexes qui peuvent se produire par la lésion d'un de ces organes : follicule ou sympathique.

Pour Cotte, le *sympathique* joue un rôle important dans la dysménorrhée. Si le système nerveux tout entier subit l'influence de la cause agissante, il va se réaliser une forme mixte de dysménorrhée, qui sera le type le plus complet. Dans d'autres cas, c'est une lésion locale développée au contact des filets nerveux qui joue le rôle d'une épine irritative et qui détermine, par l'irritation directe de ces filets, des douleurs menstruelles. Cette épine peut être constituée, dans certains cas, par des lésions de sclérose, qui comprime les filets nerveux, et cette compression, ayant son maximum au cours du développement folliculaire quand la congestion génitale pelvienne se fait, expliquera les algies cataméniales. C'est pour cela qu'on rencontre l'ovarite sclérokystique comme substratum dans les règles douloureuses. Quand la lésion macroscopique manque, le microscope la démontre.

Dans nombre de cas on ne trouve aucune lésion histologique. Ici, il se pourrait que la perturbation de la croissance

folliculaire soit d'ordre toxinienne, comme au cours de la tuberculose. Cette perturbation, par la circulation, va déterminer une excitation anormale des filets sympathiques. Il s'agit ici des réactions ovariennes pathologiques agissant sur un sympathique normal.

De même, ces excitations anormales peuvent provenir d'autres glandes à sécrétions internes, telles que les surrénales. Leur intoxication, qu'on peut observer par certaines toxines, sera une cause de perturbation dans les réactions du sympathique. Des auteurs, comme Stanitch (thèse de Lyon, 1922), traduisent l'ensemble des perturbations dans le système nerveux sympathique et parasympathique par une perturbation principale de la glande ovarienne. Il distingue : 1° une dysménorrhée du type hypersympathicotonique, qui répond à une imprégnation toxique avec bonne suppléance glandulaire; 2° une dysménorrhée hyperparasympathicotonique, qui s'observe chez des malades très intoxiquées avec suppléance glandulaire minime.

Mais le sympathique peut être lui-même touché — soit par infections, soit par intoxications, et les troubles relèveront dès lors d'une névrite sympathique, qui sera la lésion principale.

Et dans ces deux cas où le système nerveux ovarien est touché, ce n'est pas sur le présacré qu'il faut intervenir, mais sur le plexus ovarien.

c) LÉSIONS AGISSANT SUR LA SÉCRÉTION INTERNE DE L'OVAIRE. — Quelle est la part de la sécrétion interne de l'ovaire dans la production de la dysménorrhée ? On sait que les glandes à sécrétions internes arrivent à leur maximum de développement au moment de la puberté. De la puberté à la ménopause il se fait un travail endocrinien intense de toutes les glandes. Leurs élaborations sont indispensables au travail des glandes génitales, qui par leurs propres sécrétions excitent certaines glandes comme la thyroïde ou, au contraire, limitent l'action de certaines autres.

Ainsi l'organisme est modifié et maintenu dans un équi-

libre glandulaire qui est différent de celui qui a été avant la puberté et de celui qui sera après la ménopause; des sucs glandulaires accumulés dans l'organisme sont nécessaires pour le développement général, de celui de l'ovule, de l'œuf et de l'embryon. Selon Marcéz, « des toxines doivent infailliblement se produire, car, qui dit travail et développement sous-entend échanges, assimilation, désassimilation et par conséquent déchets. » Selon lui, des déchets seront accumulés dans l'organisme, et au moment de la menstruation seront rejetés hors de lui par le sang menstruel. Mais si le travail endocrinien est disproportionné, insuffisant ou trop considérable, trop précoce, trop rapide, il va survenir des altérations dans la valeur de l'ovule. Des phénomènes généraux analogues à ceux de la puberté, de la ménopause ou de la grossesse vont survenir. Il y aura une pléthore de sécrétions endocriniennes dans l'organisme si l'élimination par le sang menstruel ne se fait pas.

Au cours du cycle menstruel normal on observe deux phénomènes simultanés. L'ovaire subit des modifications périodiques auxquelles correspondent deux phases alternantes de vagotonie et de sympathicotonie. La sympathicotonie est prémenstruelle et dure les cinq à six jours qui précèdent les règles; la vagotonie est observée pendant et après les règles (Ceuille). Il est difficile de dire quelles sont les relations entre ces deux faits et quel est celui qui commande l'autre ? Kraul dit que le liquide folliculaire excite le parasympathique, tandis que le corps jaune excite le sympathique en inhibant le parasympathique. L'insuffisance ovarienne s'accompagnerait d'hypervagotonie. La formation du corps jaune dépendrait de l'orthosympathique (qui lui-même est excité par le corps jaune), tandis que le parasympathique active la croissance du follicule et l'ovulation.

Il y a lieu de penser que la folliculine est en quelque sorte l'excitant de l'appareil génital de la femme. Chez l'animal cette même substance provoque le rut.

Le follicule en voie de maturation excite le vague, tandis

que le corps jaune est le freinateur du vague et l'excitateur du sympathique, ce qui est suffisant pour expliquer que du fait d'hormones défectueuses en quantité ou en qualité, le fonctionnement du système sympathique puisse être compromis et qu'il en résulte des troubles fonctionnels dans les différents domaines de l'appareil génital.

D'autre part, la croissance du follicule est sous la dépendance du vague celle du corps jaune sous la dépendance du sympathique, qui inhibe la maturation de nouveaux follicules. Ainsi le système nerveux passe pendant le cycle menstruel par des phases d'excitations différentes, mais qui s'équilibrent constamment. Par suite, on peut comprendre que des déséquilibres peuvent se produire dans le système vago-sympathique, lorsque la production de ces hormones est troublée par une cause ou par une autre. Ce sont ces phénomènes qui provoquent les dysménorrhées dans lesquelles aucune lésion macroscopique n'est relevée.

Si le vague prédomine, il y aura développement plus rapide des follicules, formation d'ovaire polykystique sans formation de corps jaune.

On remarque que les glandes à sécrétion interne, qui règlent la croissance et le développement du corps et assurent l'équilibre vago-sympathique, ont été en défaut à un moment donné. Chez ces malades, il n'est pas étonnant de relever dans leurs antécédents de la tuberculose de l'enfance et de la syphilis héréditaire. Ainsi, dans ces troubles, il est difficile de déterminer quelle est la part qui revient aux glandes et celle qui revient au sympathique ? Largnel-Levar-tone dit : « Ce qui devient banal et qu'on connaît assez bien, ce sont les retentissements sur le sympathique des perturbations d'une ou de plusieurs glandes à sécrétion interne. Mais ce qu'on connaît mal, ce sont les multiples perturbations endocriniennes résultant de troubles du sympathique. »

Beaucoup de dysménorrhées d'ordre général peuvent être

expliquées par un de ces *réflexes endocrinosympathiques*, décrits par cet auteur...

« Un trouble sympathique entraînant une perturbation endocrinienne s'exprimant à son tour par des symptômes sympathiques à rentissement endocrinien... on saisit ici l'étroitesse de connexions des sécrétions internes et du système nerveux végétatif et l'on comprend dès lors l'intérêt de l'étude du sympathique et des glandes vasculaires sanguines. »

Dans ces cas, la notion de sécrétion interne ne semble pas donner des indications de traitement chirurgical. L'insuffisance ovarienne, l'hyperovarie, ne paraissent pas pouvoir tirer grand avantage d'une intervention. Ici le traitement opothérapique trouvera sa place et selon les mots d'Hallion : « L'opothérapie ne remplit pas toujours un rôle de remplacement ou de suppléance pour une fonction abolie, elle exerce aussi un rôle de stimulation pour une fonction défailante. »

D'après Kreiss (*Journ. méd. Fr.*, 1925), la dysménorrhée ne serait qu'une névrose végétative se traduisant toujours par symptômes multiples avec prédominance dans tel ou tel territoire nerveux. Le parasympathique sera principalement en cause et il s'agira d'un état de vagotonie. Mais on peut se demander, comme le fait Kreiss, s'il s'agit d'une névrose végétative, pourquoi se déclare-t-elle seulement au moment de la maturation, restant inaperçue en dehors de la période cataméniale ? Et Kreiss explique ce phénomène par le fait que chaque organe viscéral a un seuil de sensibilité compatible avec sa fonction et sa mobilité physiologique; dès que le seuil est dépassé la fonction devient perceptible à différents degrés. Ici la dysménorrhée se traduit par la douleur parce qu'elle est l'expression de la contraction d'un organe viscéral sous l'impulsion d'un sympathique en état d'hyperexcitabilité.

Dans ce mécanisme de production de dysménorrhées, nous ne rejeterions pas le mécanisme par obstruction isthmique ou

cervicale, non plus que les dysménorrhées de type congestif avec syndrome paroxystique dues soit à la compression des filets nerveux de l'utérus, soit au blocage du plexus sympathique pelvien (Netter).

Mais malgré la grande diversité des causes nous admettons avec Cotte surtout deux mécanismes qui peuvent prédominer dans la dysménorrhée :

1° Une *hyperexcitation directe ou réflexe* des filets nerveux sympathiques ou parasympathiques, qui assurent l'innervation de l'appareil utéro-annexiel par suite d'une lésion locale ou d'une lésion viscérale extra-génitale voisine.

2° Une *hyperexcitabilité pathologique* des mêmes filets qui est mise en éveil par l'ovulation.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'étymologie du mot dysménorrhée indique règles douloureuses et sa séméiologie se résume presque entièrement dans l'apparition, à l'occasion de la menstruation, de phénomènes douloureux, accompagnés souvent de malaises généraux plus ou moins importants et caractérisés par leur intermittence.

La douleur est très variable et se présente sous différentes formes. Tantôt comme une sensation de pesanteur dans l'hypogastre ou dans les lombes, tantôt comme une névralgie à type lombo-abdominal, ischiatique, obturateur, avec irradiation vers la racine ou la face interne de la cuisse, vers la vessie et le rectum. On observe des douleurs du type des coliques utérines, rappelant les douleurs de l'enfantement.

Les douleurs peuvent apparaître à des moments différents par rapport à la menstruation : tantôt au moment de l'apparition du flux sanguin, avec les premières gouttes de sang, et disparaissant quand le flux s'est bien établi; tantôt quelques jours avant l'apparition et durant un ou deux jours après l'établissement du flux. Pour Vignes, dans 60 p. 100 des dysménorrhées, les douleurs sont mensuelles, apparaissant avec l'apparition du sang; dans 25 p. 100, les douleurs sont prémenstruelles, et dans 15 p. 100, avant et au moment du flux.

A côté des phénomènes douloureux, on observe une modification du flux menstruel en quantité et en qualité, et des troubles généraux, comme des céphalées, de fortes migraines, parfois une forte fièvre, des vertiges; de la diarrhée ou de la

constipation, de la tachycardie, des troubles sensoriels et nerveux, qui peuvent amener jusqu'à de véritables convulsions ou des crises nerveuses.

Dans l'étude clinique des dysménorrhées, nous étudierons deux types, suivant l'apparition de la douleur par rapport au flux menstruel et suivant le groupement des troubles :

- A. Dysménorrhée utérine, si la douleur accompagne l'écoulement menstruel;
- B. Dysménorrhée ovarienne, si la douleur précède l'écoulement menstruel.

A. — *Dysménorrhée utérine.*

Dans sa forme la plus simple, elle est en rapport avec la sténose du col ou de l'isthme utérin résultant de lésions traumatiques occasionnées par l'accouchement, par des interventions chirurgicales ou des applications de caustiques dans la cavité cervicale, ou souvent à la flexion exagérée du corps utérin sur le col. Cette dysménorrhée répond à la phase utérine de la menstruation, et c'est dans ces cas qu'on observe dans toute leur netteté les symptômes caractéristiques de la dysménorrhée obstructive ou mécanique.

Cette dysménorrhée se caractérise par l'existence de phénomènes douloureux contemporains de l'écoulement menstruel. Elle n'est annoncée par aucun prodrome. Elle se réduit simplement à une *colique utérine* plus ou moins variable suivant les cas. La douleur est intense, se localise dans le bas-ventre. Elle apparaît dès qu'un léger suintement sanguin se fait. L'écoulement peut se ralentir ou s'arrêter; alors, il va se produire une distension de l'utérus, la douleur augmentera rapidement, devenant de plus en plus forte et ressemblant à une sensation de pesanteur, elle prend le type net d'une colique utérine.

Le moment d'apparition de la douleur peut varier. Chez certaines malades, elle apparaît, comme nous l'avons déjà

dit, avec l'apparition du flux sanguin; chez d'autres, elle peut être précoce et apparaître quelques heures avant l'instauration du flux sanguin. Habituellement, la femme dysménorrhéique avec lésions utérines souffre peu avant l'apparition des règles ou avec le commencement du flux. Son ventre grossit, devient douloureux à la palpation. La malade ressent une pesanteur, une gêne indéfinissable. Le sang peut continuer à s'écouler peu à peu ou, au contraire, être arrêté par la sténose cervicale, et alors il s'accumule dans la cavité utérine, se coagule, forme un caillot qui va se comporter comme un corps étranger. Sur ce caillot, l'utérus va se contracter énergiquement pour provoquer son expulsion. Ces contractions se faisant très énergiquement, la crise va en augmentant, les douleurs devenant de plus en plus fortes. Ces crises douloureuses prennent un caractère désespérant; les malades se mettent dans différentes positions, en en cherchant une qui pourra leur donner du soulagement. Ainsi, la malade souffre pendant quelques heures des souffrances terribles qui l'obligent à quitter toute occupation. A un certain moment, après une vive contraction, la femme expulse un gros caillot qui a été retenu dans la cavité et qui présente en quelque sorte le moule de cette cavité utérine. L'expulsion est suivie habituellement d'un écoulement sanguin abondant; après quoi, il se produit un apaisement remarquable de la douleur. L'écoulement normal s'installe, l'utérus reprend son volume normal. Il se fait alors une détente générale.

Ces symptômes ne sont pas uniquement observés dans des cas de sténoses par lésions cicatricielles ou par flexion au niveau du col. On les observe aussi dans les cas de rétrécissement cervico-utérin par une tumeur, un fibrome occupant la région de l'isthme, et qui, par sa présence, diminue la lumière du canal isthmique. Cette diminution augmente surtout au moment de la congestion menstruelle. On observe ici la même douleur que dans le cas précédent. Mais, à côté d'elle, on voit de petits malaises qui commencent habituellement deux ou trois jours avant les règles et qui sont dus à

la forte congestion qu'on observe au niveau de l'utérus, qui est provoquée, d'une part, par la congestion cataméniale, d'autre part, par la présence de noyaux fibromateux dans l'organe. L'utérus est congestionné, ses parois sont épaissies, et il va présenter une sensibilité anormale qui s'étendra, à presque toute sa totalité. En même temps, il se fait une congestion du côté des ovaires avec sensibilité des culs-de-sac vaginaux. Avec l'apparition de l'écoulement sanguin, la crise devient plus intense. On observera les mêmes phénomènes que dans les cas précédents. Si le fibrome est antérieur et s'il appuie sur le col vésical, on verra la malade présenter des mictions difficiles et même de la rétention d'urine.

Des phénomènes analogues peuvent être vus en l'absence des myomes : dans le cas d'utérus gros, scléreux, avec parois épaissies, très vascularisées ou chez des femmes présentant une métrite parenchymateuse. Les douleurs apparaissent plusieurs jours avant l'apparition du sang et donnent rarement lieu à une crise aiguë telle que dans les autres cas. Dans les petits utérus, aplasiques, fortement fléchis en avant, et surtout en arrière, on voit des douleurs intenses et analogues à celles qu'on observe dans les sténoses et rétrécissements du canal cervical.

« La gracilité du corps et du col utérin, la courbure exagérée que présente l'organe, ont fait longtemps croire que la dysménorrhée qui se produit dans ces conditions est d'ordre purement mécanique et est due à une coudure exagérée de l'organe. On oublie trop facilement que ces utérus grêles, pubescents ou même infantiles, sont accompagnés également d'ovaires insuffisants, mal développés, auxquels revient certainement une part prépondérante dans ce syndrome douloureux. »

La douleur de la dysménorrhée utérine ne présente pas une localisation fixe. On l'observe habituellement au bas-ventre ou dans la région lombo-abdominale déterminant les douleurs appelées « maux des reins ». Elles présentent des irradiations vers la vessie, vers l'anus, avec ténésme rectal

et vésical, vers le périnée avec une sensation de constriction; elles vont s'irradier jusqu'à la racine et la face interne des cuisses, en présentant le type d'une névralgie du nerf obturateur et jusqu'à la fesse, dans le domaine du sciatique.

La dysménorrhée utérine présente aussi des troubles réflexes abdominaux avec nausées, vomissements, contraction abdominale simulant un état péritonéal; des troubles intestinaux, constipation ou diarrhée; des troubles nerveux, surtout chez les femmes prédisposées, et quand la douleur atteint une acuité extrême, on peut observer des syncopes.

Les douleurs et les malaises varient dans leurs formes et leur durée suivant les malades. Chez certaines, après quelques heures de coliques, les douleurs disparaissent, l'écoulement s'établit, devenant abondant et régulier. Chez d'autres malades, la douleur va en progressant pendant plusieurs jours et n'atteint son maximum que le deuxième ou le troisième jour; après quoi, elle va en diminuant. On a observé des cas où elle dure pendant toute la période menstruelle, surtout dans les dysménorrhées par malformation.

Si on pratique un examen de la malade au moment de la crise, on voit l'abdomen météorisé, surtout au niveau du bas-ventre, et très sensible à la pression. Si on pratique un toucher, vulve et vagin sont chauds, congestionnés; l'utérus est augmenté de volume et douloureux. Dans le cas de flexion utérine, on le sent en arrière dans le Douglas. Les annexes sont mobiles, s'il n'y a pas d'autres lésions concomitantes. Dans certains cas, le toucher ne révèle qu'une douleur rétro-isthmique (Netter).

B. — *Dysménorrhée ovarienne.*

Cette dysménorrhée porte sur les phénomènes initiaux de la menstruation, correspond à sa phase ovarienne et se caractérise surtout par l'aggravation des troubles et malaises qui accompagnent normalement la période prémenstruelle. Les douleurs précèdent les règles, souvent de plusieurs jours, pour

se continuer pendant le début de la menstruation ou pendant toute sa durée.

La dysménorrhée ovarienne débute par des douleurs vagues dans la région lombaire. Son début est lent et insidieux. L'évolution est progressive. Les prodromes augmentent de durée et d'intensité, donnant lieu à des tiraillements dans la région lombaire, à une sensation de pesanteur dans le bas-ventre qui tendent à s'accroître et font place bientôt à des douleurs aiguës excessivement violentes. Ces douleurs sont localisées souvent dans la région ovarienne d'un côté seulement ou de deux côtés. Elles s'étendent très vite à tout l'abdomen, qui se tend, se météorise, et devient douloureux même à la palpation la plus légère. Ce météorisme s'accompagne de nausées, vomissements, mictions fréquentes, faux besoins d'aller à la selle, parfois de diarrhée. On voit un vrai péritonisme s'installer chez ces malades.

« Cependant, loin de s'immobiliser comme au cours des affections péritonéales, les malades ont une tendance très marquée à s'agiter, à se déplacer, passant de la position couchée à la position assise, le tronc très incliné en avant, les cuisses fléchies. » (Siredey.)

Ces douleurs intenses prennent un caractère térébrant, lancinant, torturant les malades, les obligeant à pousser des cris et à garder le lit pendant plusieurs jours. Elles s'irradient habituellement du côté du bassin, puis à tout l'abdomen ou vers les membres inférieurs, surtout à la face interne des cuisses, en provoquant une névralgie le long de l'obturateur. Parfois, elles provoquent des réactions gastro-intestinales, avec tympanisme, sensation de plénitude, de distension survenant même dans la région supérieure de l'abdomen (Siredey).

On peut observer des troubles généraux. Certaines femmes présentent un éréthisme cardiaque et vasculaire, avec palpitation, tachycardie importante, oppression. On voit parfois des poussées hémorroïdaires et même une tuméfaction douloureuse des veines des membres inférieurs.

Des réactions nerveuses sont rencontrées très souvent. Elles sont plus ou moins importantes. Les malades sont inquiètes, angoissées. Elle cherchent en vain un soulagement dans un changement de position.

L'évolution des crises de dysménorrhée ovarienne diffère d'une femme à l'autre, dit Siredey, et chez une même femme elles diffèrent selon les circonstances, et il est impossible de décrire toutes les nuances que l'on peut observer. A côté des femmes présentant des douleurs intenses, insupportables, on en voit d'autres chez qui tout se borne à l'existence de quelques phénomènes douloureux dans la sphère génitale, diffusant de l'utérus et l'ovaire à la vessie, au rectum et à l'anus.

Plusieurs jours avant l'apparition des règles, on voit apparaître chez quelques femmes des symptômes de congestion utéro-ovarienne intense, avec douleurs lombo-abdominales, sensation de plénitude, d'oppression. Ces troubles augmentent progressivement et prennent un caractère aigu au moment de l'écoulement sanguin, qui se fait très mal.

D'après Marcez, les règles normales indiquent un équilibre physiologique assez satisfaisant pendant la période intermenstruelle. Des règles accidentellement anormales indiquent que pendant la période qui les a préparées on a eu un fléchissement de l'équilibre. Quand une dysménorrhée se renouvelle pendant des années, elle ne constitue plus un épiphénomène, mais un syndrome morbide.

En suivant le cycle menstruel et selon l'apparition du syndrome morbide, Marcez décrit quatre phases :

1° Phase *post-menstruelle*, où les douleurs sont sacro-lombaires, plus sacrées que lombaires;

2° Phase *intercalaire*, qui correspond au moment où l'ovule se détache de l'ovaire et chemine à travers la trompe. Elle apparaît dix à douze jours après les règles et les dix jours qui précèdent les règles suivantes. On appelle cette phase « *inter règle* ». Elle s'accompagne de pertes blanches, même sanguinolentes, expliquées par Marcez, comme « l'évacuation

de trop-plein ». Cela correspond à la même période que les « fausses règles » de Dalché. A cette période, les douleurs et les malaises provoqués par la poussée ovarienne peuvent s'atténuer ou s'accroître. Marcez explique cette douleur par le fait que, dans certains cas, les trompes étant prolabées, l'ovule va tomber dans la cavité péritonéale, notamment dans le Douglas; il va irriter les organes voisins, irritation qui se traduira extérieurement par la douleur. Une fois l'ovule tombé, il va se faire une résorption qui donnera certains déchets qui, par eux-mêmes, deviendront des épines irritatives au niveau du péritoine pelvien et des causes occasionnelles de douleur;

3° Phase *préménstruelle*, où la douleur est provoquée par la distension de la paroi utérine par l'afflux sanguin et qui apparaît dans les quinze jours qui précèdent les règles;

4° Phase *menstruelle*, qui commence dès le début des règles et dure cinq jours.

C'est dans les dysménorrhées qui débutent avec la période active de la vie génitale de la femme à la suite des accouchements, des fausses couches ou de diverses affections pelviennes, qu'on va observer les douleurs intermenstruelles des « fausses règles » de Dalché. On verra des douleurs au milieu des intervalles qui séparent deux menstruations. Elles présentent le même caractère que la crise cataméniale, et parfois même peuvent s'accompagner d'un léger suintement sanguin. Il se fait en ce moment une ébauche d'ovulation qui n'aboutit pas à la rupture du follicule. (Dalché.)

Cette crise intermenstruelle affecte une grande variabilité. Dans un certain cas, elle traduit un trouble passager au cours de la vie génitale de la femme qui ne donne pas trop de préoccupations à la malade et qui disparaît très souvent spontanément. Ces malades consultent habituellement pour des douleurs dans la période intercalaire des règles. Elles ressentent comme une nouvelle poussée. Cette poussée ne présente pas l'importance de vraies règles. Elle est variable comme acuité et comme perte du sang. A côté des femmes

qui ne perdent pas, il y en a d'autres dont la perte du sang est abondante. Ces variations s'observent non seulement selon les malades, mais aussi selon les différentes époques chez une même malade.

Se passe-t-il ici quelques phénomènes semblables à ceux des véritables règles ? La ponte des ovules n'est-elle pas modifiée, ce qui, par suite, pourrait altérer, modifier ou précipiter l'évolution normale des règles ? Dalché dit : « Ces fausses règles de quinzaines me paraissent un syndrome qui s'observe dans des cas différents, et je me suis demandé si certaines d'entre elles ne dépendraient pas d'une maladie de l'ovulation, d'une ovulation défectueuse. » Sous le nom d'ovulation, Dalché comprend non pas la ponte de l'ovule, mais le travail évolutif qui part de la cellule originelle et accompagne l'ovocyte et le follicule jusqu'à la ponte ovulaire.

Quand on veut expliquer ces règles intermenstruelles, on voit deux facteurs principaux qui interviennent : 1° une altération de l'ovaire, une maladie de l'ovulation, plus rarement une sclérose utérine ; 2° une poussée congestive due à la vague menstruelle précédente (Dalché).

Est-ce que ce sont de véritables phénomènes menstruels ? Dalché constate qu'il n'y a rien de comparable avec la vraie menstruation, qu'il n'y a rien dans les fausses règles qui soit analogue à la destruction de la muqueuse utérine congestionnée, qu'on observe pendant le molimen cataménial et qui se démolit parce que le nid préparé pour l'œuf fécondé est resté inoccupé.

« Il paraît alors exister simplement des phénomènes fluxionnaires réflexes, d'origine ovarienne, qui se traduisent par de l'hydrorrhée, de la leucorrhée, de quelques pertes de sang, accidents d'une grande banalité au cours des fluxions génitales. La périodicité trouve sa raison dans la périodicité de la vague menstruelle. Cette vague menstruelle est-elle seule dans les conditions où elle est troublée et peut-être exagérée ; pourrait-elle provoquer un état fluxionnaire de

l'appareil génital sans qu'il existe une altération des fonctions ovariennes ?

Pour Schickellé, ces troubles, tant locaux que généraux, sont produits par le follicule à la veille de la ponte, avant la rupture. Cette rupture pouvant se faire comme l'éclatement d'une membrane, par suite d'une tension trop élevée en dedans, le liquide folliculaire gicle et se répand sur le péritoine voisin. Il se produit ainsi un traumatisme minime d'un genre particulier, qui vient frapper le péritoine. Celui-ci, à son tour, y répond par une réaction plus ou moins précise et importante. Cette conception est presque analogue à celle de Marcez.

Pour Petit-Dutaillis, les fausses règles n'ont aucun rapport avec la menstruation véritable. Elles dépendent de l'état général dans des cas où on ne constate pas des lésions de l'ovaire. L'état général intervient par l'intermédiaire du système nerveux, qui, chez les neuro-arthritiques, favorise des réflexes douloureux et congestifs et qui, secondairement, agissent sur l'ovulation.

La fréquence de ces fausses règles de quinzaine est variable :

Henri Vignes cite les proportions suivantes :

3 p. 100 sont observées chez des femmes mariées ayant des enfants; 3 p. 100 chez des femmes ayant eu des crises antérieures au mariage; 13 p. 100 chez des femmes consultant pour stérilité. On remarque que surtout des femmes approchant la trentaine et multipares présentent ces crises. Elles sont habituellement porteuses d'un petit ovaire malade, et ont présenté dans leur passé des poussées inflammatoires pelviennes. Au moment de la crise, elles deviennent nerveuses, éprouvent des céphalées, des migraines, des malaises généraux; en un mot, tous les symptômes qui précèdent les règles. La crise est apyrétique. Le pronostic n'est pas grave, dit Dalché. « En réalité, la distinction du diagnostic n'est pas difficile, le tout est d'y penser. »

Toute femme dysménorrhéique, au moment de la crise, présente une chaleur pénible au niveau du bas-ventre, qui se

météorise et devient douloureux et sensible, surtout dans la région ovarienne. La douleur spontanée est exacerbée par le palper.

A l'examen, au moment de la crise, le toucher vaginal montre que la vulve est tuméfiée, le vagin chaud, humide et baigné de mucosités blanchâtres, incolores ou striées de sang. Le col de l'utérus augmente de volume et fait une saillie plus considérable. Le corps utérin paraît plus volumineux et plus lourd. Les mouvements qu'on lui imprime par le doigt vaginal sont aperçus comme douloureux.

Quand on interroge la malade, elle se plaint de ténésme anal et vésical, d'un prurit vulvaire intense. On s'aperçoit que les muqueuses utérines et vaginales sont boursoufflées et plus rouges. La miction est très fréquente, mais peu abondante, accompagnée de cuisson; les urines sont foncées. On peut voir des femmes qui ont été constipées pendant toute leur vie, présenter une diarrhée intense au moment de la crise et durant toute la période menstruelle. Dans d'autres cas, la diarrhée peut devancer la crise.

Quand on regarde la malade au moment de la crise, on voit que sa physionomie exprime une vive souffrance : les yeux sont cernés d'un cercle bleuâtre, le regard abattu. La femme se débat, ne pouvant trouver aucune position qui puisse lui apporter un soulagement.

Sa sensibilité morale et affective est changée. On voit une vraie modification de son caractère. La femme devient triste, pleurant pour le moindre motif, ou emportée, irascible, d'une exigence et d'une susceptibilité exagérées. Même on peut observer des bizarreries telles que Barnès les met entre les manifestations hystériques.

Au point de vue général, l'appétit est modifié et surtout diminué, la langue est sale, saburrale, le goût émuoussé, la soif est vive. Il y a fétidité de l'haleine, avec nausées et vomissements le plus souvent.

Le pouls reste calme, sauf dans certains paroxysmes de la douleur ou certaines névroses cardiaques; la respiration est

calme, elle peut devenir saccadée, irrégulière, pendant la douleur. Quand la crise atteint son point culminant, les malades deviennent anxieuses, poussent des cris et même peuvent présenter lipothymie et syncope.

Le sang perdu varie dans sa quantité et sa qualité. Il est tantôt décoloré, pâle, mêlé de mucosités; tantôt foncé en couleur, noirâtre, avec des caillots, et expulsé en grande abondance, ou, au contraire, la femme perd peu goutte à goutte. Ces caillots peuvent représenter exactement le moule de la cavité utérine. L'examen histologique ne révèle pas de fragments de glandes ni de vaisseaux et toute parenté avec une exfoliation de la muqueuse est à rejeter.

Parmi ces malades qui perdent peu, on peut voir des jeunes filles présentant tous les symptômes de la dysménorrhée sans avoir aucun écoulement sanguin, ou des femmes chez qui il semble que les règles soient arrêtées, bien que le sang continue à s'écouler dans la cavité utérine; il faut chercher la cause, ici, dans la position couchée de la malade. Le sang coule, il s'accumule, se coagule et forme un tampon qui empêche le libre écoulement à l'extérieur. Avec les mouvements et la marche le caillot peut être chassé et le sang reprend son libre écoulement.

TROUBLES CONCOMITANTS A LA DYSMENORRHEE

Il est facile de comprendre que la dysménorrhée, par son étiologie, son mode d'apparition et ses manifestations, présentera des troubles concomitants qui seront d'une grande variabilité et porteront surtout sur la maternité.

Chez ces femmes dysménorrhéiques, hyperexcitables, sous une influence très minime, comme par exemple une petite traction sur une bride de Douglas, une compression d'un ganglion ou du plexus hypogastrique, on voit apparaître : soit une névrose du cœur, avec palpitations et angoisses précordiales; soit des gastralgies, qui sont améliorées par un traitement portant sur la dysménorrhée.

On peut voir de petites psychoses dues à l'appréhension qu'ont ces malades à l'approche de chaque époque menstruelle.

Certains utérus, par suite de leur formation et position, retiennent les sécrétions utérines et ainsi deviennent des milieux favorables à l'infection. On observe surtout chez des jeunes filles à utérus petit et écoulement leucorrhéique abondant une endométrite due à cette rétention qui se fait pendant chaque époque menstruelle. Condamin attache un rôle important à cette endométrite avec leucorrhée dans la stérilité ultérieure que présenteront souvent ces femmes.

La dyspareunie s'observe très souvent chez ces malades et apparaît presque toujours accompagnée par une frigidité et un vaginisme douloureux. On la voit dans des cas de dysménorrhée par antéflexion au niveau de l'isthme où elle paraît produite par un spasme douloureux. Ces douleurs s'ex-

pliquent par la rétraction des ligaments utéro-sacrés. On sait que leur constitution est presque uniquement nerveuse, formée par un réseau nerveux composé de filets qui se tendent en arrière dans le petit bassin et on sait l'amélioration qu'apporte à cette douleur le massage gynécologique qui agit en provoquant un allongement de ces filets rétractés. La rétraction et les brides qui se forment dans le Douglas apportent un rétrécissement du cul-de-sac vaginal postérieur, qui devient moins profond et moins souple. On a observé des cas où cette rétraction va jusqu'à complète disparition et transformation en une épaisse cicatrice très douloureuse à la traction. Ces femmes, on les a appelées autrefois « femmes avec vagin court ».

Un des plus importants des troubles de la dysménorrhée est la *stérilité*. Dans la dysménorrhée mécanique, on voit une stérilité par difficulté de rencontre de deux cellules procréatrices. Dans les dysménorrhées par trouble de l'ovulation, il semble qu'ici l'ovaire ne peut pas fournir un produit apte à la fécondation. Ces dysménorrhées sont peut-être plus graves au point de vue stérilité que les dysménorrhées mécaniques.

D'après Henri Vignes, la fréquence des règles douloureuses se rencontre en moyenne sur 43 p. 100 des femmes présentant de la dysménorrhée avant leur mariage et ayant eu des enfants ultérieurement et 60 p. 100 pour des jeunes femmes restées stériles.

La dysménorrhée membraneuse ne permettra le développement d'aucun embryon. Souvent, quand une grossesse parvient à apparaître chez une dysménorrhéique, elle est interrompue au commencement de son évolution. Chez certaines malades, mais rarement, la grossesse arrive à terme et amène une guérison de la dysménorrhée. Ces cas sont observés au cours des dysménorrhées par sténose peu accentuée de l'orifice du col. Pour Condamin, une sténose est d'autant plus tenace qu'elle date de plus longtemps.

VI

EVOLUTION ET MARCHE

A. — Suivant le moment d'apparition des troubles menstruels en rapport avec la vie génitale de la femme, on peut distinguer trois catégories :

1° *Dysménorrhée au cours de la puberté*, appelée pubertaire par le Professeur Riche. Elle relève d'un défaut de développement utérin ou de lésion d'ovarite scléro-kystique.

2° *Dysménorrhée à l'âge moyen* de la vie génitale. Ici, on rencontre moins souvent l'ovarite scléro-kystique. Il s'agit surtout de déviations utérines, de lésions inflammatoires utérines, annexielles, de lésions métritiques et des tumeurs.

3° *Dysménorrhée de la ménopause*, qui relève de sclérose utérine ou de varicocèle tubo-ovarien.

La dysménorrhée pubertaire apparaît au début de la menstruation dès son instauration ou quelques années après. Elle se montre par intermittence. Il s'agit d'une dysménorrhée franchement ovarienne. La douleur se montre avec prédominance d'un seul côté. Elle peut disparaître spontanément ou à la suite d'un traitement approprié.

Si la dysménorrhée apparaît à l'âge moyen de la vie, elle s'absorbe chez des femmes vers la trentaine, ayant eu déjà plusieurs accouchements ou fausses couches. Elle est plus tenace et plus régulière dans son apparition.

Quant à la dysménorrhée à l'approche de la ménopause, elle est plus rarement observée. Ici, les glandes endocrines participent peu. Ce sont surtout des phénomènes congestifs qui interviennent. Ces femmes répondent au syndrome plé-

thore. Elles présentent un embonpoint marqué, visage congestionné, une mauvaise circulation veineuse. A chaque époque menstruelle, elles présentent des douleurs de plus en plus pénibles, avec pesanteur dans le bas-ventre et poussées congestives hémorroïdaires. Utérus et ovaires paraissent augmentés de volume. Ces femmes perdent goutte à goutte et après quelques jours de malaises le flux s'établit. Ces dysménorrhées sont caractérisées surtout par l'insuffisance glandulaire et la sclérose utérine.

B. — Suivant la durée de la dysménorrhée, on peut distinguer deux variétés :

1° Une *dysménorrhée précoce* ou passagère, qui s'installe le plus habituellement au commencement de la vie génitale. Elle persiste pendant quelques années ou quelques mois pour s'atténuer au fur et à mesure que l'appareil génital atteint son développement complet. Parfois, elle apparaît pendant la vie sexuelle, dure un certain temps et disparaît spontanément. Elle traduit dans ces cas un trouble passager de la santé générale, comme au cours d'une fièvre typhoïde, grippe, ou au cours des poussées aiguës d'une tuberculose pulmonaire.

2° Une *dysménorrhée tardive*, qui apparaît après la puberté au bout de plusieurs années pendant lesquelles la menstruation a été normale. Si elle s'installe quelques années seulement après la menstruation, elle marche en s'aggravant, en ne permettant pas à des ovulations normales d'entre-couper son cycle évolutif. Le type est représenté par la dysménorrhée utérine, qui n'est pas améliorée par le mariage.

C. — Selon son apparition, on peut diviser la dysménorrhée en cyclique et irrégulière.

1° *Cyclique*, elle l'est quand elle apparaît régulièrement chaque mois et pendant des mois et des années à la suite. Cela sera observé dans les dysménorrhées par lésions utérines congénitales et acquises, qui opposeront à chaque époque menstruelle le même obstacle mécanique à l'écoulement sanguin. Ces malades savent que leurs époques sont

douloureuses, elles pressentent leur arrivée, les appréhendent et finissent par devenir de vraies névropathes.

2° *Irrégulières*, ces dysménorrhées s'espacent de quelques mois. On peut voir des malades qui souffrent pendant plusieurs mois, ont ensuite des moments de repos, puis voient réapparaître leurs douleurs.

Ainsi, la dysménorrhée, caractérisée par la variabilité des causes et de l'intensité de sa douleur, présente aussi de grandes différences dans son apparition, sa durée et son aspect clinique.

VII

FORMES CLINIQUES

Selon leur mode de production et leurs causes occasionnelles, on peut distinguer quatre formes cliniques de dysménorrhée.:

- A. Dysménorrhée mécanique ou obstructive;
- B. Dysménorrhée congestive;
- C. Dysménorrhée spasmodique ou nerveuse;
- D. Dysménorrhée membraneuse.

A. — *Dysménorrhée mécanique ou obstructive.*

C'est la variété la plus souvent rencontrée en clinique. Elle est toujours produite par un obstacle siégeant au niveau du col et qui agit en s'opposant au libre écoulement du sang menstruel. Cette dysménorrhée n'est pas en relation avec le travail préparatoire de l'excrétion des règles. Elle naît à l'occasion de l'écoulement du sang.

La congestion utéro-ovarienne étant produite, le sang s'écoule des minuscules déchirures vasculaires de la muqueuse utérine et s'accumule dans la cavité utérine, arrêté dans son libre écoulement par l'obstacle. Cet obstacle peut provenir soit d'une sténose du canal cervical, soit d'un corps étranger : tumeur, polype, fibrome, siégeant au voisinage du conduit cervical.

Malgré la diversité des obstacles, ceux-ci agissent toujours de la même manière, c'est-à-dire en faisant obstruction du canal par où se fait le flux sanguin.

La sténose, dont le mécanisme de production a été déjà étudié, peut être provoquée par une flexion de l'utérus en avant ou en arrière. C'est la douglassite de Condamin qui intervient, surtout dans la production de cette dysménorrhée, et, quand on examine des malades présentant cette forme de dysménorrhée, on constate :

un effacement plus ou moins complet du Douglas, avec rétraction des ligaments utéro-sacrés;

une antéflexion plus ou moins accentuée, portant toujours sur l'isthme, donc cervico-isthmique;

une sténose marquée et exclusive au niveau de l'orifice interne, par spasme au début, par sclérose véritable des tissus ensuite.

Si, avec le doigt, on explore le Douglas, en attirant préalablement le col en avant, on trouve des brides, des saillies tendeniformes, entrecoupant en sens variés le Douglas et surtout on sentira la rétraction des utéro-sacrés. Pendant le toucher, on provoque une vive douleur. On peut trouver des annexes saines, s'il n'y a pas d'autres affections concomitantes.

Dans les utérus avec sclérose, selon leur sensibilité, Douay distingue deux variétés :

1° utérus *complaisant*, se laissant distendre sans provoquer des contractions utérines douloureuses;

2° utérus *intolérant*, se contractant violemment sous l'influence d'une cause minime. Douay arrive à cette conception en pratiquant des injections intra-utérines de lipiodol et de gaz.

Dans l'utérus complaisant ou tolérant, l'injection de 4 à 6 cm³ de lipiodol ne provoque ni distension de la cavité utérine ni contraction. Dans l'utérus intolérant, en injectant à peine 2 cm³, l'utérus se contracte et le lipiodol passe dans les trompes.

On obtient les mêmes effets quand on pratique l'insufflation utérine.

Et, selon Douay, lorsque, sur un utérus tolérant, se produit

une sténose isthmique, au moment des règles, sous l'influence du sang, l'utérus se gonfle sans provoquer de douleurs vives, puis l'isthme s'élargit et le sang passe presque sans douleurs. Quand les règles cessent, l'isthme se referme, rendant la fécondation difficile. Quand une sténose s'ajoute à un utérus intolérant, un spasme vient joindre ses effets à ceux du rétrécissement.

On peut déduire de tout cela que la dysménorrhée obstructive n'est pas toujours fonction du degré de la sténose cervicale, mais aussi du degré de la *sensibilité utérine*.

La sténose agit, comme nous l'avons déjà dit, en s'opposant au libre écoulement du sang. De la même manière agissent les fibromes, fibromyomes ou polypes placés au voisinage de l'isthme, et qui forment un vrai bouchon au conduit cervical. Ici, l'obstruction est augmentée encore par la congestion de la muqueuse utérine, provoquée, d'une part, par la congestion cataméniale, d'autre part, par la congestion locale, déterminée par la présence des tumeurs.

La dysménorrhée mécanique peut apparaître dans d'autres conditions. On peut l'observer après l'inflammation d'un des organes abdominaux tels : appendice, intestin, voies biliaires. Dans d'autres cas, après une période plus ou moins grande d'activité génitale normale, la dysménorrhée apparaîtra à la suite d'une infection utéro-salpingo-ovarienne gonococcique ou d'une infection mixte.

De même, il n'est pas rare de voir la dysménorrhée apparaître chez une femme après un accouchement suivi ou non d'infection. L'involution utérine se fait mal, l'utérus reste gros, avec ses ligaments distendus et il se place en rétroflexion. Cette rétroflexion va s'opposer à l'écoulement du sang menstruel.

Dans tous ces cas, le sang s'écoulant dans la cavité utérine, trouve obstacle à son chemin. Alors, il s'accumule dans la cavité en la distendant. L'utérus ainsi distendu et irrité commence à se contracter violemment en provoquant de vives douleurs caractéristiques de la dysménorrhée obstructive.

Ces douleurs naissent dans l'hypocondre, s'irradient vers les lombes, la région sacrée, la vessie et le rectum. On voit des irradiations même dans les fesses et dans les racines des membres inférieurs. Ces crises douloureuses ressemblent à des coliques, à des tranchées avec besoin d'expulsion. Elles sont très variables dans leur intensité. Elles commencent habituellement par de petites douleurs légères, sourdes, qui augmentent de plus en plus d'intensité, deviennent de plus en plus intolérables et prennent le caractère de douleurs des contractions utérines pendant l'accouchement. Les malades sont obligées de garder le lit, se mettent dans les positions les plus variées, en en cherchant une qui leur apportera du soulagement.

L'acuité de la douleur varie d'une femme à l'autre et ne dépend pas de l'importance de l'imperméabilité du canal, mais de la sensibilité utérine et de la sensibilité générale de la malade.

Habituellement, les douleurs sont intermittentes, suivies de moments de calme et de rémission. On remarque qu'elles sont plus longues à la fin de la menstruation qu'au commencement. Elles peuvent apparaître au début ou avant le flux sanguin et durer pendant toute la période menstruelle.

Quand les douleurs apparaissent avec le flux sanguin, il se fait une petite rémission de la douleur, le sang continue à s'écouler dans la cavité utérine, et, quand le seuil d'irritabilité de l'utérus est atteint, des contractions violentes apparaissent, accompagnées de fortes douleurs. Au moment d'une contraction plus violente, le caillot sanguin formé dans la cavité est chassé et il se fait alors une détente. La contraction et la douleur cessent. On observe cela quand il y a sténose de l'orifice. Mais, si l'obstruction a été faite par un corps fibreux au niveau du col, la dysménorrhée dure pendant toute la période cataméniale.

Pour Siredey, la simple déviation de l'utérus ne détermine pas une dysménorrhée. Il faut, pour qu'elle se produise, que la déviation soit très prononcée, qu'elle soit portée à un

degré extrême, de manière que le corps, faisant avec le col un angle aigu voisin de l'angle droit, obstrue complètement le conduit cervico-utérin.

Plus l'obstacle dure longtemps, plus la dysménorrhée sera rebelle au traitement. On voit ces dysménorrhées obstructives sans formation de sténose guérir par la simple dilatation ou à la suite d'un accouchement. Mais les accouchements sont rares dans ces cas. La flexion s'oppose à la rencontre de l'œuf avec le spermatozoïde.

B. — *Dysménorrhée congestive.*

La dysménorrhée congestive, encore appelée dysménorrhée inflammatoire, vasculaire ou sanguine, est caractérisée par des manifestations congestives qui se produisent au niveau de l'appareil génital et au niveau des autres organes.

Dans son ouvrage paru en 1868, Raciborski a dit que la plupart des inflammations chroniques de l'utérus rendent les règles abondantes et favorisent les pertes leucorrhéiques. Certaines d'entre elles, et surtout les endométrites, attaquent la tunique interne de l'utérus et occasionnent des douleurs dysménorrhéiques.

Dans la dysménorrhée congestive type, l'afflux du sang vers l'utérus, à la suite de l'orgasme menstruel, peut produire un état spasmodique dans l'appareil musculaire de cet organe et occasionner, par ce fait, la dysménorrhée.

Quelques jours avant les règles, les malades éprouvent une plénitude au niveau de l'hypogastre, avec tiraillement dans les lombes et dans les aines, une véritable pesanteur dans le bas-ventre, qui rendent douloureuses et impossibles la marche et la station debout. Des coliques sourdes apparaissent, puis la partie sous-ombilicale du ventre se météorise. Au niveau du vagin et de la vulve on constate une congestion avec prurit anal et vésical, avec sensation de brûlures à la miction.

Des symptômes de congestion peuvent être observés hors

de l'appareil génital. Les glandes mammaires deviennent dures, turgescents et souvent présentent des picotements et des élancements très douloureux.

Quand on regarde la malade, on voit sa face animée, plus colorée que d'habitude, les yeux sont brillants. Elle se plaint de céphalées intenses, progressives, de palpitations, de dyspnée, d'étouffements. En tout, elle présente des symptômes qui indiquent une congestion généralisée de l'organisme : cerveau, cœur, poumons, viscères abdominaux. Mais cette congestion prédomine surtout au niveau de l'appareil génital. La pesanteur dans l'hypogastre devient très grande. La région ovarienne à son tour, est douloureuse. L'utérus présente de véritables tranchées.

Si l'on pratique un toucher, on trouve un vagin chaud, une muqueuse rouge, des culs-de-sac vaginaux turgescents, dépressibles. L'utérus semble augmenté de volume.

Ces phénomènes se manifestent quelques jours avant l'apparition du sang. Quand l'écoulement a lieu, une détente très marquée se produit aussitôt et tous les phénomènes douloureux peuvent disparaître, pour réapparaître aux époques suivantes : quand l'écoulement a été insuffisant, après la terminaison des règles, une pesanteur hypogastrique peut persister ou une douleur dans le bas-ventre.

La quantité de sang que perdent les malades est très variable : tantôt elles perdent abondamment du sang parfaitement liquide; tantôt du sang venant par intermittences, avec difficulté et présentant de nombreux caillots noirâtres.

Siredey dit qu'il a rencontré cette forme de dysménorrhée chez des femmes brunes à tempérament sanguin nerveux.

D'autres auteurs attribuent cette forme de dysménorrhée à une fluxion rhumatismale ou goutteuse de l'utérus et à une congestion trop intense et trop longtemps entretenue au niveau de l'ovaire par la difficulté qu'éprouvent à se rompre les follicules de de Graaf.

Ainsi on rencontre cette dysménorrhée, le plus souvent dans les congestions actives et passives de l'utérus, dans toutes les inflammations utérines de causes variables.

On est très étonné de voir ces formes survenir chez des femmes anémiques, avec congestion génitale à la suite du flux menstruel, de même chez des femmes porteuses d'une maladie chronique, telle que la tuberculose ou le cancer. Ici la dysménorrhée apparaît avant la cachexie ultime qui la transformera en aménorrhée complète (Siredey).

C. — *Dysménorrhée nerveuse.*

Cette forme est appelée nerveuse, spasmodique, idiopathique, parce que cliniquement on ne trouve aucune lésion de l'appareil génital. On sait qu'elle est liée à des troubles d'innervation générale ou spéciale de l'utérus ou à sa constitution spasmodique (Sireley).

Raciborski dit « que cette dysménorrhée se produit à la suite d'une surexcitation de nerfs de l'ovaire et de l'utérus ». Cette surexcitation exagère la contractilité normale des éléments musculaires qui fonctionnent pendant l'orgasme menstruel et transforme ainsi les simples contractions physiologiques en spasmes. Chez une personne nerveuse prédisposée, tout le réseau musculaire de la portion bulbeuse de l'ovaire qui favorise la déhiscence des follicules arrivés à la maturité va se resserrer spasmodiquement et gêner la rupture folliculaire. On observe cette forme de dysménorrhée surtout chez des femmes à tempérament nerveux. Elle se caractérise par des accidents nerveux qui apparaissent plusieurs jours avant les règles. On voit ces malades changer de caractère, présenter une tristesse indéfinissable, des maux de tête violents, des palpitations, des crises nerveuses, même épileptiformes. Malgaigne et Courty disent que cette dysménorrhée est liée avec un état hystérique.

Ces crises dyménorrhéiques intenses, d'autre part, se répercutent sur le tube digestif et font apparaître des nausées, vomissements, avec un état dyspeptique et gastralgique intense. Après les vomissements, arrive un soulagement instantané. Habituellement, ces vomissements apparaissent

quelques jours avant les règles et cessent avec leur apparition.

Les douleurs accusées par les malades sont localisées dans le bas-ventre, et surtout dans la région hypogastrique, qui est très douloureuse à la moindre palpation et pression. Souvent, s'ajoutent des douleurs névralgiques à distance, sur la face, dans les espaces intercostaux, les cuisses et, surtout, sur le trajet des branches des nerfs abdomino-génitaux. Les ovaires deviennent aussi douloureux spontanément et à la pression.

Les douleurs ont une marche progressive jusqu'à l'apparition du sang, qui amène habituellement une amélioration subite.

Le flux sanguin est modifié, peu abondant, au commencement, expulsé avec ténesme à la suite de spasme qui se produit probablement. Il devient à la fin très abondant.

Cette forme de dysménorrhée est rencontrée, le plus souvent, chez des jeunes filles nerveuses anémiques, chloro-anémiques et est liée à leur organisation spéciale et personnelle. On la rencontre surtout en ville, moins souvent à la campagne, fait qui doit tenir à la manière de vivre dans les villes, qui est peut-être plus difficile et plus fatigante. On voit ces jeunes filles améliorées après un court séjour en plein air.

Cette dysménorrhée est très inconstante et très variable, autant dans son apparition que dans sa continuité. Après des époques menstruelles normales, on la voit survenir après une forte impression nerveuse. Pareillement, au cours même de la crise dysménorrhéique, un arrêt peut se faire à la suite d'un refroidissement, d'une émotion, d'une contrariété. On s'explique ce fait par une contraction spasmodique qui doit se faire au niveau du col et qui va retenir le sang. Le sang se coagule, l'utérus fait effort pour expulser le caillot et les douleurs apparaissent.

Et quand on lit Raciborski, on voit qu'il lui donne comme origine deux points de départ : l'intérieur de l'ovaire et la

cavité utérine. Chaque déshiscence folliculaire s'accompagnant de spasmes des fibres de l'ovaire qui se répétera à l'instant dans l'utérus.

D'après Vayssière, « ce n'est pas une véritable dysménorrhée, c'est l'éclosion d'une névrose à l'occasion de la période menstruelle, pendant laquelle le système nerveux est particulièrement fragile ».

D. — *Dysménorrhée membraneuse.*

La dysménorrhée membraneuse se confond souvent avec les autres variétés de dysménorrhées. Elle se caractérise par l'élimination pendant l'époque menstruelle de la muqueuse utérine, en bloc ou fragmentée en lambeaux. Cette desquamation est accompagnée de douleurs et de désordres nerveux.

Les éléments membraneux qui sont rejetés pendant la crise menstruelle varient dans leur forme. On peut voir la membrane utérine rejetée en totalité, et alors elle présente la forme d'un sac triangulaire, avec trois orifices qui correspondent aux deux orifices des trompes et à l'orifice du canal cervical. Elle représente exactement le moule de la cavité utérine et contient ordinairement des caillots sanguins. Si l'on ouvre le sac membraneux, on voit qu'il présente une face interne, lisse, une face externe inégale, tomenteuse, avec de petites saillies rugueuses et de petits prolongements grêles. Quand on la débarrasse du sang qu'elle contient, on voit des villosités, qui résultent de la délacération du derme de la muqueuse au niveau du plan où s'est effectué le décollement.

Si la membrane est expulsée en petit lambeaux et en plusieurs temps, les lambeaux présentent toujours un aspect identique. Ils sont enroulés sur eux-mêmes et sont d'épaisseur variable. Certains d'entre eux atteignent trois quarts de millimètre à 1 millimètre, tandis que d'autres sont très minces et présentent une transparence complète.

A l'examen histologique de cette membrane, on trouve

un stroma abondant infiltré de sang et de leucocytes et des culs-de-sac glandulaires plus ou moins reconnaissables. On peut voir l'épithélium de revêtement de la cavité utérine persister intacte à la face interne du sac membraneux dysménorrhéique. Le plus souvent il est déchiré, même peut manquer complètement. Quand il existe, il est modifié, ses cellules cylindriques sont devenues presque cubiques.

Comme causes occasionnelles de cette dysménorrhée, on fait intervenir l'hérédité. Dans une même famille, on peut voir plusieurs femmes présentant une dysménorrhée membraneuse. Siredey cite une observation de six sœurs qui ont présenté la même affection.

On la voit apparaître chez des femmes entre 20 à 30 ans, au début du mariage ou après un accouchement. Dans certains cas, on invoque comme causes des lésions locales : la métrite, la sténose du col.

Le plus souvent, cette forme est observée chez des arthritiques, comme un accident utéro-ovarien, et l'on invoque à son origine l'état général, l'arthritisme, la névropathie.

Si l'on consulte l'opinion des anciens auteurs, pour qui la muqueuse utérine se trouve entièrement détruite et éliminée à chaque époque menstruelle, la dysménorrhée membraneuse ne sera alors qu'un simple élément physiologique, auquel s'ajoute l'élément douleur (Paoli).

Paoli explique ce phénomène par le fait qu'il se produit une perversion de la menstruation, un excès de congestion utérine, à quoi s'ajoute un état de friabilité spéciale des tissus, qui reconnaissent pour cause l'état diathétique et qui est favorisé par l'inflammation, l'endométrite.

Cette s'oppose à cette opinion. Pour lui, l'état inflammatoire intervient peu dans cette forme de dysménorrhée. Les amas leucocytaires qu'on observe à l'examen sont dus simplement à l'hyperémie et à l'hyperplasie de la muqueuse utérine. La couche fonctionnelle de l'utérus se renouvelant à chaque époque menstruelle, s'opposera à l'endométrite et à toute infection et si, à l'examen, on trouve l'utérus volu-

mineux, c'est dû simplement à la congestion qui se fait. Cotte fait la remarque que, dans la dysménorrhée membraneuse, on trouve presque toujours des douleurs de l'ovulation en même temps que des douleurs menstruelles. Il est probable que cette dysménorrhée est provoquée par un trouble de la sécrétion ovarienne, qui occasionne l'hyperplasie utérine, la production des membranes et leur expulsion étant le fait d'un trouble fonctionnel de la muqueuse utérine.

Au moment des règles, il se fait une augmentation de l'activité circulatoire des organes génitaux : ovaires, trompes, utérus, vagin. Cette congestion est progressive et intense et dure jusqu'à l'apparition de l'hémorragie. L'utérus est augmenté de volume, par suite de la congestion et de l'épaississement de ses parois. La muqueuse utérine est tendue par le fait que les vaisseaux sous-muqueux sont gorgés de sang. La tension arrivant à un point très élevé, les capillaires se rompent, l'utérus devient le siège de contractions violentes et, par un mécanisme analogue à celui qu'on voit pendant l'accouchement, la muqueuse utérine se décolle, sur une étendue plus ou moins grande. La muqueuse, une fois détachée, commence à jouer le rôle d'un corps étranger dans la cavité utérine et provoque des contractions utérines, accompagnées de douleurs expulsives.

On n'observe pas beaucoup de troubles précurseurs dans cette dysménorrhée. Au début de la crise, les symptômes manifestés par les malades sont ceux qu'on observe dans toutes les dysménorrhées. Ces symptômes consistent en une exagération du syndrome menstruel. Les réactions utérines coïncident d'emblée avec les douleurs ovariennes. Les malades éprouvent dans la région hypogastrique des sensations de crampes, de vraies contractions utérines. Les douleurs peuvent s'irradier dans les reins et les fosses iliaques. Elles sont presque continues. Leur durée est variable. Elles durent rarement plus d'une journée. Vers le deuxième jour, après une forte contraction, la malade expulse une masse, formée

par la muqueuse utérine expulsée. L'expulsion est suivie d'un écoulement sanguin intense qui amène la détente.

Ces crises sont d'une acuité différente, mais elles sont toujours assez intenses pour que la malade se mette au lit. Elles se reproduisent habituellement à chaque époque menstruelle.

Cette forme de dysménorrhée présente une grande résistance au traitement. Elle est d'autant plus tenace qu'elle a débuté plus tôt. Elle s'atténue avec l'âge.

Cotte propose le traitement par la résection du nerf présacré, intervention qui fait cesser la douleur et diminue l'hyperplasie :

« Il est difficile de dire si ce résultat est le fait d'une action directe sur l'utérus ou seulement d'une action vaso-motrice... En tout cas, je suis persuadé que l'expulsion des membranes n'est pas à elle seule la cause des douleurs, et la meilleure preuve, c'est que la dilatation, le curettage, ne les font pas toujours cesser. » (Cotte.)

VIII

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la dysménorrhée comme tout diagnostic demande un bon examen clinique de la malade.

Il faut l'interroger sur l'apparition de ses règles, leur date, leur durée et quantité; l'interroger sur la douleur, son apparition prémenstruelle ou menstruelle, sa durée, son irradiation, sa continuité. Rechercher si la malade n'a pas eu d'autres antécédents gynécologiques ou obstétricaux. Pratiquer l'examen général et gynécologique qui renseignera sur l'état de l'utérus, et qui indiquera s'il s'agit d'une dysménorrhée utérine par malformation, par flexion (anté ou rétro), par sténose; s'il s'agit d'une dysménorrhée ovarienne.

En matière d'algies cataméniales il faut distinguer : des algies à localisation extra-génitales et des algies à localisation génitale.

Il faut déterminer la nature de la douleur, l'organe auquel elle appartient et à quoi elle est due. Est-ce à une hypermotilité ou à une inflammation?

On sait que dans le petit bassin, à côté des organes génitaux, il y a d'autres organes tels que : le côlon, la vessie, l'urètre, le rectum, tous innervés par le même système nerveux. Et il n'est pas impossible qu'une douleur siégeant sur un organe voisin de la sphère génitale, ne coïncide avec l'époque cataméniale et ne soit interprétée par la malade comme une douleur menstruelle.

Quand la dysménorrhée est accidentelle, passagère, intermittente, le traitement étiologique aura raison. Mais si la dys-

ménorrhée se renouvelle pendant des années accompagnée toujours des mêmes phénomènes douloureux, elle se présentera comme un phénomène morbide, dont il faudra rechercher la cause non seulement pendant l'époque cataméniale, mais pendant toute la durée du cycle menstruel, et quand l'état génital n'indique rien, il faudra chercher dans les zones avoisinantes et dans l'état général.

Le pronostic dépendra de l'état dans lequel se trouvent les organes. Dans les formes graves, les difficultés rencontrées dans le traitement rendront les résultats plus certains dans le sens de la guérison définitive plus longue à obtenir; dans ce cas il faut craindre la récursive.

Et chez ces malades, comme dans toutes les maladies des organes génitaux internes, l'aptitude à la fécondation peut être diminuée.

IX

TRAITEMENT

Les indications thérapeutiques dans les dysménorrhées sont très différentes selon les causes occasionnelles. En présence d'une dysménorrhéique, il paraît facile d'appliquer le traitement de choix, en se basant sur la pathogénie de cette affection et sur le diagnostic étiologique précis.

Quand on étudie les différentes formes de dysménorrhées on voit une dysménorrhée utérine ou ovarienne, dysménorrhée congestive, spasmodique, mécanique et membraneuse, formes qui paraissent à première vue comme des compartiments bien établis. Mais en réalité on trouve beaucoup moins de limites nettes, de cloisons étanches entre ces différentes formes. On voit une intrication entre elles telle, qu'aux malformations utérines viennent s'ajouter des dystrophies ovariennes, aux coudures, aux déviations s'ajoute l'infection qui est favorisée par la stase des sécrétions qui se produit dans ces utérus.

On voit que le syndrome dysménorrhée, souvent simple, peut devenir particulièrement complexe et demander un traitement raisonné. En outre, chez une même malade, le traitement doit varier selon qu'on se trouve au moment de la crise dysménorrhéique, ou dans l'intervalle des époques menstruelles.

Dans le traitement de la dysménorrhée il ne faut pas supprimer seulement la douleur, qui reviendra aux périodes prochaines avec une force peut-être beaucoup plus grande. Il faut surtout éviter le retour des crises douloureuses en cherchant

à découvrir les lésions qui sont à l'origine de ce trouble et à préciser son mécanisme pathologique, de manière à rompre le « cercle vicieux qui lui a donné naissance ou qui peut l'entretenir ». (Cotte.)

Nous étudierons le traitement médical et le traitement chirurgical des dysménorrhées.

A. — *Traitement médical.*

Il comprendra :

- a) le traitement préventif;
- b) le traitement de la crise;
- c) le traitement de l'état dysménorrhéique.

a) LE TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Quand on est en présence d'une femme qui a souffert pendant plusieurs époques menstruelles de suite, on peut empêcher ou diminuer les douleurs de la période suivante en lui faisant prendre certaines précautions.

Quand les règles approchent, quelques jours avant on défendra à la malade toute fatigue et tout surmenage. On surveillera la liberté de son intestin, parce que nous avons vu que chez les constipées, au moment de la période cataméniale, il se produit une congestion du pelvis beaucoup plus intense qui favorise la douleur.

Si la malade est une ptosique on lui fera porter une ceinture.

S'il s'agit d'une malade présentant une dysménorrhée par suite d'insuffisance ovarienne ou glandulaire on lui ordonnera de prendre, dix jours avant les règles, de l'extrait d'ovaire ou du corps jaune.

S'il s'agit des nerveuses, avec système nerveux hyperexcitable, il faut les calmer soit avec des douches et bains tièdes, soit avec des calmants : valériane, gardénal.

Quand la situation sociale de la malade le permet, on peut lui ordonner de garder le lit pendant un à deux jours avant

les règles et prendre des bains de pieds très chauds qui favoriseront l'irruption sanguine.

Chez beaucoup de jeunes filles montrant une dystrophie infantile des organes génitaux, il faut dépister la cause (syphilis et tuberculose) dès l'enfance, et donner un traitement approprié qui favorisera jusqu'à un certain point le développement normal de ces organes voués à rester dystrophiques.

b) TRAITEMENT DE LA CRISE. — Ce n'est qu'un traitement d'attente et qui vise surtout à calmer d'une part, la vive douleur, d'autre part, la grande excitation nerveuse.

On gardera la malade au lit, lui évitant toute fatigue. Comme calmants locaux on peut employer de grands cataplasmes chauds laudanisés, de grands enveloppements chauds, placés sur l'hypogastre et les lombes. On peut appliquer sur le ventre des pommades à la belladone, baume tranquille simple ou chloroformisé. Chaque soir on administrera à la malade un lavement avec infusion de racine de valériane ou une émulsion de 4 à 6 g. d'*Assa foetida*, des lavements à l'antipirine, au chloral, au laudanum.

Si l'on n'apaise pas la douleur par ces moyens on aura recours aux antalgiques, aux antispasmodiques.

Si la congestion utérine est intense on donnera des décongestifs utérins comme l'hamamélis, la canabis indica, le viburnum. Pendant la crise on peut pratiquer une déplession locale de l'utérus par des sangsues mises au niveau du col de l'utérus ou par des scarifications portant sur le col. (Siredey.) Dans le même temps on emploiera des purgatifs salins fréquemment répétés.

Si les organes génitaux présentent une sorte d'atonie, on les excitera soit par la rue, la sabine, le safran, le seigle ergoté à dose faible.

Si les phénomènes congestifs sont trop intenses et si le sang tarde à paraître, on emploiera la médication alcaline à haute dose, surtout l'acétate d'ammoniaque qui agira plutôt comme fluidifiant, que comme antispasmodique (Siredey).

Quand on est en présence de grandes nerveuses on tâchera de calmer le système nerveux hyperexcitable. On leur ordonnera de prendre avant les règles de grands bains tièdes, et dès le début de la douleur des bains du siège. On leur ordonnera surtout les sédatifs nerveux : valériane, bromures, papavérine, gardénal.

Quand l'ovaire sera en cause de la dysménorrhée, on emploiera le même traitement sédatif de la douleur et le même traitement calmant du système nerveux.

Pitous, dans sa thèse sur les dysménorrhées d'origine nasale, ordonne le badigeonnage de la muqueuse pituitaire au niveau de la zone génitale, siégeant sur le cornet supérieur, à la cocaïne à 2 p. 100. Il obtient une sédation de la douleur, même il insiste sur le fait qu'à la suite d'attouchements suivis pendant plusieurs époques menstruelles, on obtient une disparition complète du phénomène douloureux.

c) LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT DYSMÉNORRHÉIQUE. — En dehors de la crise le traitement de la dysménorrhée varie selon les causes occasionnelles en présence desquelles on se trouve.

S'il s'agit d'une dysménorrhée utérine provoquée par une tumeur ou par une sténose du col, ce n'est pas le traitement médical qui va soulager la malade.

Si l'on est en présence d'une dysménorrhée utérine d'origine congestive, observée surtout chez des femmes approchant la ménopause, femmes pléthoriques, sanguines, on se servira largement de décongestifs utérins tels que : l'hamamélis, viburnum, canabis indica.

S'il existe un spasme du col on donnera des antispasmodiques, comme l'atropine, le benzoïte de benzyle à 20 p. 100 par XX gouttes 3 fois par jour, qui agira sur la fibre musculaire utérine. L'yohimbine aura une action analogue d'après Cheinisse.

S'il s'agit d'une dysménorrhée d'origine ovarienne et si l'on révèle que le trouble est dû à une insuffisance ovarienne, on doit stimuler la fonction interne de la glande par l'opo-

thérapie appropriée. On ordonnera l'opothérapie complète, qui est plus efficace que l'opothérapie par la poudre d'ovaire. La thérapeutique variera selon les cas qui se présenteront :

1° Si l'on est en présence de règles douloureuses et peu abondantes, on emploiera l'opothérapie ovarienne complète;

2° Si l'on est en présence de femmes un peu fortes avec une tendance à l'embonpoint, avec des règles abondantes, on insistera sur le traitement thyroïdien associé à l'hypophyse;

3° Chez des malades qui présentent à l'occasion de la menstruation, et surtout après les époques, une dépression nerveuse très accentuée, on emploiera l'opothérapie surrénovarienne.

Si l'insuffisance ovarienne a été occasionnée par une intoxication générale de l'organisme : constipation, mauvaise hygiène, surmenage, on peut, en luttant contre cette déchéance organique, remonter l'état général et obtenir une amélioration.

Si à la base on trouve une intoxication à la suite des maladies chroniques telles que la tuberculose, la syphilis, on doit appliquer le traitement approprié. Despeignes, dans sa thèse, cite de très beaux résultats obtenus par le traitement à la tuberculine chez des femmes tuberculeuses. Il obtient sur 53 malades dysménorrhéiques soumises au traitement les résultats suivants :

8 malades n'ont pas été améliorées;

5 accusaient des douleurs légères;

40 malades complètement guéries.

Dans les formes nerveuses, si la dysménorrhée est liée à une névrose générale, liée elle-même à une chlorose, c'est aux modificateurs généraux qu'il faudra s'adresser : le régime, les toniques, les ferrugineux, les exercices au grand air, l'habitation à la campagne.

On essaiera des moyens physico-thérapeutiques, qui ont rendu de grands services dans l'amélioration de l'état.

L'hydrothérapie, par son action sur l'état général, est surtout indiquée chez des jeunes filles à règles espacées et utérus infantile; chez des jeunes filles avec un état d'hyper-excitation du système nerveux.

Sappey indique surtout les sources sulfureuses et les divise en deux groupes :

1° *Groupe excito-moteur*, où seront envoyées celles dont l'indication dominante est une indication générale : celle du terrain, de la nutrition, de l'insuffisance des réactions organiques.

2° *Groupe sédatif*, pour les nerveuses, les éréthiques, les affaiblies, les anémiées de toutes sortes, les lymphatiques.

Et d'après Sappey : « C'est l'état général surtout, en effet, qu'il faut atteindre, c'est lui qui, en modifiant le terrain, peut agir efficacement sur les fonctions ovariennes et sur celles de toutes glandes endocrines. »

On peut envoyer ces malades à Cauterets, Eaux-Chaudes, Bourboule-les-Bains, Luchon, Saint-Honoré, Saint-Sauveur, Uriage. Les eaux d'Uriage sont administrées surtout par voie sous-cutanée et agissent sur l'état général : 1° en augmentant le nombre des globules rouges; 2° en diminuant le nombre des globules blancs; 3° en rétablissant l'équilibre leucococytaire.

Le *massage gynécologique* est employé dans la thérapeutique de la dysménorrhée, soit comme élément thérapeutique essentiel, soit comme élément thérapeutique secondaire. Comme élément thérapeutique secondaire, on l'emploie dans la dysménorrhée obstructive, nécessitant un traitement préalable. Comme élément thérapeutique essentiel, dans les dysménorrhées produites, selon Condamin, par une Douglassite, à la suite des inflammations du petit bassin.

Netter, dans un article de 1932, précise bien la méthode du massage gynécologique et donne les indications et les contre-indications. Il contre-indique le massage chaque fois qu'il y a : 1° une affection pelvienne incomplètement refroidie; 2° et dans tous les cas où le premier massage, qui doit être

toujours prudent, éveille dans les jours qui suivent une réaction quelconque, congestive ou douloureuse. Le massage est indiqué.

1^o S'il s'agit d'une dysménorrhée par congestion utérine et si le volume de l'organe est augmenté. Alors il faut faire un massage par friction circulaire, bimanuelle, par pression douce et prudente. Ainsi on rendra l'utérus mobile en se rendant compte que cette immobilité n'est pas due à une affection annexielle.

2^o S'il s'agit d'une douglassite, il faudra reconstituer la souplesse du Douglas, réduire la rétroposition des segments inférieurs et de l'isthme utérin, étirer les ligaments utéro-sacrés.

Quelle que soit la nature de la dysménorrhée envisagée, il faut masser lentement et avec douceur les plexus hypogastriques en insistant surtout sur le plexus inférieur et en se souvenant que le nerf présacré est difficile à atteindre.

Netter emploie soit la voie vaginale, soit la voie rectale, mais jamais les deux dans la même séance. Il fait trois séances par semaine et surtout le matin, parce que les tissus sont plus souples. Le traitement demande une longue durée, d'une année.

Il obtient des succès dans 7 à 8 p. 100 des cas et c'est dans des cas de scléroses anciennes de Douglas, avec utérus aplasique, ou bien encore dans des cas de malades atteintes de Douglassite, mais ayant subi une intervention soit pour un ovaire scléro-kystique, soit pour une déviation utérine ayant nécessité une fixation aux parois.

Le massage gynécologique arrive à modifier le tonus musculaire de l'utérus, la vaso-motricité pelvienne, à allonger les lésions tissulaires qui brident les filets nerveux sympathiques.

La *diathermie* donne de très bons résultats à condition d'être bien appliquée. Turrell applique sur chaque ovaire une électrode avec une intensité élevée de 2.000 à 2.500 milliam-pères pendant dix minutes. Les bons résultats qu'il obtient sont dus à la mensuration de l'intensité.

Les accidents qu'on observe au cours de la diathermie sont les phlyctènes sur le bord des électrodes, ou une accélération des époques menstruelles.

La *radiothérapie* fonctionnelle sympathique, bien étudiée dans la thèse de Perès, donne de bons résultats, quand il ne s'agit pas des troubles dus à des lésions. La méthode est purement fonctionnelle.

Ce traitement s'applique suivant deux méthodes :

- 1° radiothérapie axiale, lombaire, avec champs, principale, splanchnique;
- 2° radiothérapie régionale, sur le carrefour vasculo-nerveux.

Comme indications, Perès donne :

1° S'il s'agit des troubles menstruels simples, des troubles du rythme, de la quantité et des symptômes subjectifs anormaux;

2° S'il existe des troubles associés (constipation, diarrhée, prurit génital) et quand ces symptômes sont rebelles il associe une irradiation sur le carrefour vasculaire nerveux.

B. — *Traitement chirurgical.*

Quand le traitement médical ne suffit pas et n'améliore pas l'état dysménorrhéique, on doit s'adresser au traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical peut être appliqué dans trois buts :

- a) supprimer la lésion anatomique;
- b) supprimer la douleur;
- c) supprimer la lésion et la douleur.

a) TRAITEMENT CHIRURGICAL VISANT LA LÉSION ANATOMIQUE. —

Il est indiqué de recourir à la chirurgie chaque fois qu'on constate du côté des organes génitaux des lésions qui ont résisté au traitement médical.

Quand on est en présence d'une déviation utérine, le trai-

tement variera selon le degré de la déviation, selon l'ancienneté et selon que les tissus au niveau de la coudure sont déjà ou non sclérosés.

S'il s'agit d'une simple déviation utérine on tâchera de redresser l'utérus et d'effacer la coudure produite au niveau du col. On emploiera des pessaires ou l'on ordonnera à la malade de porter une sangle. Si à la déviation s'est ajoutée une sténose, la dilatation trouvera son indication. On peut pratiquer une dilatation brusque, qui est dangereuse parce qu'elle expose à des déchirures. La dilatation lente est préférable. On peut employer des bougies urétrales flexibles, qui ne risquent de provoquer aucun accident ou des lamineaires. On a recours le plus souvent aux lamineaires, mais leur emploi exige certaines précautions. Il faut éviter de traiter par les lamineaires des malades avec utérus métritique contenant des glaires. La laminaire forme un bouchon au niveau du col et l'infection est aggravée.

Pour pratiquer la dilatation on met la malade au lit, on met en place une laminaire qui ne doit pas rester plus de vingt-quatre heures. Elle commence à grossir dès la première heure; après six heures elle atteint son maximum de gonflement et à partir de ce moment elle n'agit plus comme agent dilateur, mais fait simplement bouchon dans la cavité cervicale. Les sécrétions dans l'utérus métritique ne peuvent plus s'écouler et par les contractions utérines peuvent être chassées dans les trompes.

Les tentatives de dilatation doivent être répétées tous les quatre à cinq jours et l'on peut arriver à une dilatation suffisante du canal.

Si la sténose est due à un spasme, la dilatation agissant au niveau de l'orifice, agit sur tout le corps en disloquant ses fibres musculaires qui sont en état de contracture. Si la sténose est trop serrée, on peut la débrider avec un bistouri et placer un tube d'Iribarne. Le placement du tube peut être précédé d'une dilatation. Le tube est laissé en place pendant deux à trois semaines jusqu'aux règles suivantes. Ce tube est intra-

utérin; la malade le supporte bien. Elle peut se lever, prendre des injections sans être gênée. Il agit sur le col en maintenant la dilatation et empêchant la cicatrisation vicieuse de se faire après le débridement, et sur le corps en redressant la courbure et évitant l'infection.

Condamin s'oppose à la simple dilatation dans le traitement de la dysménorrhée par antéflexion. Selon lui, on ne doit pas seulement se limiter à dilater, mais s'adresser à la cause, c'est-à-dire à la douglassite.

« Si on suit les divers stades que passe la dysménorrhée pour arriver aux stades avec sténose vraie, dure, scléreuse, on doit déduire que le traitement doit comporter différents temps suivant le moment d'évolution de la sténose. »

Le premier stade de la dysménorrhée par antéflexion étant la rétraction des ligaments utéro-sacrés, il faudra administrer le massage. Et si la rétraction date de longtemps et a provoqué la formation de la coudure et de la sténose, il faut pratiquer la dilatation.

D'après Condamin le massage doit précéder la dilatation et chaque séance doit être terminée par une columnisation, qui ne sera pas un simple bourrage avec des tampons de la cavité vaginale, mais elle doit être appliquée surtout sur le point qui présente une rétraction marquée, en distendant le tissu rétracté, par une force modérée et continue.

Par le massage et la columnisation on veut obtenir la souplesse des tissus et la profondeur normale du cul-de-sac rétracté. Les séances sont répétées jusqu'à ce qu'on obtienne un cul-de-sac convenable et qu'on ait remédié à la cause de la sténose; alors seulement on s'occupera de la sténose en pratiquant la dilatation lente ou brusque.

Si l'on est en présence d'une sténose cicatricielle survenue à la suite d'applications de crayons caustiques, au cours des métrites du corps, des sténoses par déchirure du col, on peut pratiquer une stomatoplastie. Ainsi, on transforme un col conique avec orifice punctiforme en un col en bec de canard, bien ouvert jusqu'à l'orifice interne.

Quand la dysménorrhée provient des lésions locales telles que les tumeurs, les fibromes, on peut employer des interventions sanglantes comme une myomectomie pour une tumeur siégeant au niveau du col et si l'énucléation n'est pas possible on terminera par une hystérectomie.

Si la dysménorrhée est due à une malformation simple ou avec hématométrie, le traitement sera plus mutilant et les résultats plus incertains par le fait que presque toujours la malformation est accompagnée d'une dystrophie.

Dans une dysménorrhée ovarienne due à un kyste simple, mucoïde, dermoïde, on a une tumeur; on en pratiquera l'ablation.

La dysménorrhée membraneuse exigera un traitement tout à fait spécial. Par des curettages suivis, dans certains cas, on peut obtenir des guérisons. L'affection est rebelle et on peut associer une opothérapie ovarienne avec des désinfections locales et dilatations du col comme le dit le Professeur agrégé Jeanneney.

b) TRAITEMENT CHIRURGICAL VISANT SEULEMENT LA DOULEUR.

— Ce traitement n'est qu'un traitement purement symptomatique sauf dans les cas où ce sont des lésions du système nerveux sympathique lui-même qui sont en cause.

En 1898, Jaboulay a pratiqué des interventions sur le sympathique pour des névralgies pelviennes, et il arrive à l'idée que les troubles sensitifs de l'appareil génital doivent être rattachés à une affection du sympathique sacré : « Un utérus qui n'a pas le flux menstruel, celui dont le flux menstruel est trop abondant ou trop douloureux, souvent n'est pas un utérus malade, mais un utérus qui fonctionne mal. Les agents qui président à son fonctionnement en sont cause et c'est à eux qu'il faut s'en prendre. »

Quand on étudie le sympathique pelvien, on voit qu'il est formé par :

1° Une chaîne sympathique latéro-vertébrale, de constitution très complexe et de physiologie très mal connue;

2° Un *plexus sympathique prévertébral* composé lui-même de plusieurs portions :

- α. le nerf *présacré*, formé de fibres à myéline, de fibres amyéliniques et des fibres sympathiques. Il est surtout un nerf sensitif;
- β. le nerf *hypogastrique*, qui est vaso-constricteur, avec des fibres motrices pour l'utérus, la vessie;
- γ. le ganglion *hypogastrique*, tient la sensibilité de la région rétro-cervicale de l'utérus et les ligaments rétro-sacrés, et surtout il commande la motricité de la vessie;
- δ. le plexus *périartériel* qui est vaso-dilatateur;

3° Un plexus *ovarien* ou *spermatique*, qui par sa section amènera des modifications de l'ovulation.

Les interventions portant sur le sympathique pelvien ont pour but, en général, de supprimer la conduction des douleurs viscérales par le sympathique pour empêcher l'excitation « algésiogène » de parvenir aux centres nerveux, et de là, leur application dans les douleurs dysménorrhéiques.

En sectionnant des filets sensitifs, on sectionne inévitablement des filets moteurs, fait qui oblige à limiter les points d'attaque sur le sympathique et les porter dans des endroits où les filets moteurs sont moins nombreux. Ceuille, dans sa thèse, détermine ces points : sur la chaîne sympathique et ses rameaux communicants, sur le nerf présacré et ses branches de division, nerfs hypogastriques, sur le plexus périartériel et sur le plexus ovarien.

Leriche, en 1921, pratique la résection péri-artérielle des nerfs hypogastriques pour des douleurs pelviennes. Les résultats obtenus semblent dus à la vaso-dilatation temporaire qui se produit au niveau du vaisseau dénudé. L'intervention est assez délicate et difficile par le fait qu'on travaille dans la concavité sacrée.

Cotte, en 1925, préconise la résection du nerf présacré au niveau du promontoire. Il sectionne une longueur de 2 à 3 cm.

du nerf en chargeant ses branches sur une aiguille courbe. La résection est assez grande pour permettre la régénération tardive du nerf.

La résection du présacré est facile à pratiquer parce qu'il est unique et impair, facilement accessible et facilement isolable dans le tissu cellulaire. Il est vaso-moteur et sensitif, et sa résection entraînera de la vaso-dilatation et la suppression de la douleur.

Vu l'identité des résultats qu'on obtient par les deux interventions et les facilités plus grandes qu'on a pour pratiquer la seconde, l'opération de Cotte, on tend actuellement à la préférer à la première dans le traitement des dysménorrhées; à égalité d'action thérapeutique et physiologique, l'opération de Cotte est techniquement bien plus simple. D'après Bard : « L'interruption des connexions des centres avec la périphérie est parfaitement exacte quand elle s'applique aux interventions dirigées contre la douleur. »

Et dans les dysménorrhées ce n'est pas pour des douleurs lombaires précédant les règles qu'il faut intervenir, mais seulement dans des cas de coliques utérines au cours de dysménorrhée essentielle, où il n'y a pas de lésions appréciables et qui ont résisté au traitement médical.

Même certains auteurs prétendent avoir obtenu de très bons résultats chez des malades ayant des organes génitaux atrophiés, troublés dans leur structure.

Les résultats obtenus sont très bons. On obtient des améliorations notables, et des malades qui étaient obligées de s'aliter pendant leurs règles ressentent simplement quelque pesanteur à leur occasion; chez d'autres on voit une disparition complète de la douleur.

On a objecté à cette intervention qu'elle comporte des complications postopératoires. Habituellement on observe un retour des règles indolores dans les deux premiers jours qui suivent l'opération. Du côté de la vessie on peut observer une rétention d'urine qui dure rarement plus de quarante-huit heures.

Les résultats éloignés sont favorables. La sédation de la douleur est durable. L'utérus conserve ses fonctions normales; même Cotte cite des cas de grossesses survenues après l'intervention. Le sens génital n'est pas modifié.

Les insuccès sont dus à la faute de diagnostic exact. Si l'on est en présence d'une dysménorrhée ovarienne avec des douleurs du type obturateur, ce ne sera pas sur le sympathique sacré qu'il faut agir mais sur le plexus ovarien. Lhermitte et Duppont ont préconisé l'ennervation de l'ovaire, en supposant que dans l'ovarite sclérokystique, les douleurs sont dues à la compression des filets nerveux par le tissu fibreux.

En réalité, la sympathectomie pure n'amènera aucun résultat si la lésion siège au niveau de l'ovaire, et inversement, l'innervation de l'ovaire ne soulagera pas la malade si la lésion siège autre part que sur l'ovaire.

c) TRAITEMENT PORTANT SUR LA CAUSE ET LA DOULEUR. — Dernièrement, on a préconisé des opérations associées qui portent sur la lésion anatomique et sur la douleur.

En effet, la laparotomie faite pour la résection du présacré a donné beaucoup plus de jour sur les organes internes et a permis au cours de l'intervention de supprimer parfois des lésions anatomiques, qui associés à la résection du présacré amène une guérison complète.

On associe l'opération de Cotte à une ligamentopexie, si l'on est en présence d'un utérus rétroversé; à une ovariectomie, si c'est l'ovaire qui est en cause; à une résection partielle de l'ovaire ou à la cautérisation de l'ovaire kystique; à l'ablation d'une tumeur ou d'une trompe lésée.

L'intervention peut être complétée en enlevant l'appendice, surtout que très souvent les dysménorrhéiques accusent un point appendiculaire douloureux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Mme B... (A.), 30 ans. Rentre le 2 juin 1931 dans le service pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées, constipation et état fébrile.

Ces douleurs ont commencé au début du mois de mai, toujours siégeant dans la fosse iliaque droite et s'irradiant à l'épigastre. Il s'y ajoute des douleurs lombaires, avec irradiations vésicales, et émissions d'urine peu abondantes. Ces douleurs sont accompagnées de nausées, constipation et pertes vaginales.

Comme antécédents personnels, la malade ne présente rien de spécial. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans, régulièrement. Après dix-sept mois, ses règles s'arrêtent sans aucune cause et réapparaissent douloureuses, irrégulières, un certain temps après. La douleur est iliaque gauche, avec irradiations lombaires et vésicales et accompagnée toujours de céphalées violentes.

Un examen pratiqué au mois de juin 1931 a montré un point de Mac Burney sensible; le toucher vaginal montre un col normal, corps en antéflexion, douloureux. Cul-de-sac droit souple; cul-de-sac gauche présente une masse annexielle prolabée jusque dans le Douglas et douloureuse; cul-de-sac postérieur souple.

Le 19 juin 1931, subit une appendicectomie. On trouve un appendice rétro-cæcal nettement malade. Malade améliorée. Quitte le service.

En août 1931, rentre de nouveau dans le service pour des dou-

leurs vives dans la fosse iliaque gauche, avec irradiation lombaire, s'accompagnant de polakurie et polyurie.

Les règles continuent à être douloureuses, mais de durée normale. Une céphalée violente et continue survient au moment des règles, la malade ressent de légers vertiges.

L'appétit est diminué. Constipation tenace.

A l'examen, on trouve un col de consistance normal, le corps mobile en antéflexion. Les culs-de-sac souples mais douloureux. On intervient le 2 octobre 1931. Rachianesthésie. Incision de Pfannens-tiel. Résection du nerf présacré. Doléris. Les ligaments ronds attirés et remis sur la ligne médiane.

Malade très améliorée.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

H... (B.), 29 ans. Entre le 26 novembre 1930 pour douleur dans le bas-ventre, surtout au moment des règles.

Depuis un an environ, la malade ressent de vagues douleurs dans tout le bas-ventre avec prédominance dans la région annexielle gauche. Ces douleurs sont caractérisées par des sensations de piquûres et de tiraillements très vifs. Se produisent à intervalles éloignés au début, mais, depuis trois mois, deviennent plus fréquentes et obligent la malade à s'aliter pendant quelques jours.

La malade est réglée très abondamment, ne présente pas de pertes blanches dans l'intervalle. Pas de constipation ni de troubles à la miction.

Comme antécédents personnels n'a rien à signaler. Malade réglée à 17 ans, toujours avec vives douleurs, et d'une durée de quatre à cinq jours.

A l'examen, on trouve un col qui regarde en arrière, l'utérus antéfléchi, un peu gros, douloureux à la pression mais mobile. Cul-de-sac gauche moins profond et douloureux. Le point appendiculaire est sensible.

Le 12 décembre 1930, intervention. Appendicectomie. Opération du Cotte. Doléris. Suites normales. Malade très améliorée.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Mme A... (S.), âgée de 23 ans. Rentre le 5 décembre 1932 pour douleurs du bas-ventre au moment des règles et stérilité.

Malade réglée depuis l'âge de 15 ans, a présenté des règles douloureuses, avec une abondance normale et avec un retard de trois à quatre jours.

Mariée à l'âge de 18 ans; pas de grossesse. Depuis l'apparition de ces premières règles, la malade souffre. Les douleurs apparaissent le premier et le deuxième jour des règles, puis disparaissent. Ce sont des douleurs du type colique utérine, localisées dans le bas-ventre. Depuis deux ans, ces douleurs semblent avoir augmenté d'intensité.

Le 6 décembre 1932, à l'examen, la malade présente un bon état général, abdomen sensible, douloureux, augmenté de volume. La malade a ses règles.

Le 12 décembre 1932 : Abdomen non douloureux, souple, avec simplement une zone sensible à la pression, au-dessus du pubis. Le toucher vaginal est douloureux : le col est dur, collé contre le pubis, les culs-de-sac latéraux semblent normaux. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse douloureuse, dure, qui est le corps utérin. Sa mobilisation est douloureuse.

Le 13 décembre 1932, on pratique l'intervention. Une incision médiane sous-ombilicale. Appendicectomie. Doléris. Utérus rétrofléchi, petit, avec trompes normales.

Actuellement, malade très améliorée.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mlle L... (L.), âgée de 20 ans. Entre le 16 janvier 1933 dans le service pour des crises douloureuses abdominales et dysménorrhée.

En juillet 1932, a présenté une crise douloureuse dans la région lombaire, puis dans la fosse iliaque du même côté, avec tem-

pérature de 39 degrés et vomissements. Garde le lit pendant quatre jours. Des applications chaudes soulagent la malade.

Après survient une période d'accalmie, pendant laquelle la malade ne souffre qu'au moment des règles. Elle souffre dans les six à huit jours qui précèdent les règles. Ce sont des douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire, accompagnées des troubles gastriques : nausées, vomissements, inappétence.

Le 16 décembre 1932, nouvelle crise douloureuse dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, on trouve le point de Mac Burney douloureux. Le toucher vaginal montre, dans le cul-de-sac postérieur, une masse lisse, répondant au fond utérin. A droite, la masse annexielle est sensible.

Le 18 janvier 1933 : intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus du volume normal, fortement rétrofléchi; annexes gauches, normales; droites, augmentées de volume. On pratique ablation et appendicectomie.

Suites opératoires normales, malade améliorée.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

L... (Germaine), âgée de 29 ans. La malade entre le 4 janvier 1933 à l'hôpital pour une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Il y a une année, elle a présenté une crise douloureuse s'accompagnant de vomissements. La malade a gardé le lit plusieurs jours. La crise finie, la malade conserve un endolorissement permanent de la région iliaque droite, et qui est accompagné d'une exacerbation de la douleur au moment des règles. La douleur commence quelques jours avant les règles et cesse avec l'apparition du sang.

Le 12 décembre 1932, la malade présente une nouvelle crise.

A l'examen, on trouve un point douloureux au niveau des annexes droites et un peu à gauche. Le point appendiculaire est sensible.

Le 18 janvier 1933, laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus paraît normal de volume, rétrofléchi; les annexes semblent normales.

On pratique plicature des ligaments ronds au catgut chromé et appendicectomie.

Comme suites opératoires : complication pulmonaire.

Actuellement, amélioration notable de la malade.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

L... (Louise), âgée de 28 ans. Entre dans le service le 29 décembre 1932 pour appendicite chronique.

La malade n'a jamais eu de crise mais elle se plaint de douleurs dans le ventre, depuis deux ans, surtout dans la fosse iliaque droite. Les douleurs surviennent à l'occasion des règles, à la suite d'une fatigue. Depuis deux mois, elles tendent à être continues et sont accompagnées de vomissements, nausées.

Comme antécédents, la malade a eu la rougeole, les oreillons, dans l'enfance. Malade très constipée. Elle est mariée, a trois enfants nés à terme et une fausse couche.

Elle a été toujours très mal réglée, avec quatre à cinq jours d'avance. Perd très peu, avec des douleurs intenses. Pas de pertes blanches entre les règles.

A l'examen, on trouve le point de Mac Burney sensible, le point annexiel droit douloureux. Le toucher vaginal relève un col collé derrière le pubis, le corps en rétroflexion et perçu dans le Douglas.

Le 29 décembre 1932, on pratique une laparotomie médiate sous-ombilicale. On trouve l'utérus rétrofléchi. On pratique l'hystérectomie isthmique et appendicectomie.

Actuellement, malade très améliorée.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mlle C..., âgée de 27 ans.

Aucuns antécédents pathologiques. Réglée à l'âge de 12 ans 1/2. Au début, réglée tous les trois mois, mais sans aucune douleur. Les règles durent cinq jours, la malade perd abondamment.

A l'âge de 21 ans, commence à être réglée chaque mois. Quelques jours avant les règles, ressent des douleurs dans la cuisse droite, à sa racine, qui se répartissent dans la région du nerf obturateur.

La malade, très nerveuse, présente des palpitations, des malaises généraux, céphalée et oppressions le jour qui précède les règles. Habituellement constipée, elle est prise d'une diarrhée importante, huit jours avant les règles, qui est accompagnée de dysurie.

Au moment des règles, elle ressent une douleur vive dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. C'est une douleur intense, qui ressemble à des tiraillements pénibles. La douleur s'irradie vers les reins et persiste huit jours après la fin des règles.

Avec l'apparition du sang surviennent des vomissements bilieux, amers. Les vomissements finis, il semble à la malade que la douleur diminue d'intensité.

On lui conseille des applications chaudes qui ne la soulagent pas et, le 28 août 1932, on pratique une dilatation sous anesthésie. La malade continue à souffrir.

Le 14 novembre 1932, le Professeur agrégé Jeanneney pratique un Pfannenstiel; on trouve l'utérus en rétroversion; les annexes droites augmentées, avec un gros kyste de parovaire du volume d'une noix; l'ovaire gauche kystique. On pratique l'ablation des annexes droites, et un curettage de l'ovaire gauche. On complète l'intervention par une résection du présacré, en réséquant le nerf à une longueur de 2 centimètres. L'appendice est aussi enlevé.

Le 19 novembre 1932, cinq jours après l'opération, la malade est en très bon état. Le deuxième jour, a eu ses règles, sans douleur ni autre trouble.

Actuellement (juillet 1933), malade très améliorée, ne présente aucun trouble ni douleur, les règles sont revenues régulièrement et sans aucune douleur.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme E..., 42 ans. Malade très nerveuse et très constipée. Congestion pulmonaire en 1915, pas d'autres antécédents. Régulée à l'âge de 12 ans, règles irrégulières durant trois jours et très peu abondantes, mais non douloureuses.

La malade a eu deux grossesses à terme, une fausse couche de deux mois, sans aucune complication. Depuis, la malade souffre du ventre. Les douleurs apparaissent huit jours avant les règles et persistent jusqu'à leur apparition. Souffre également à la fatigue et aux rapports. La douleur s'irradie à tout le périnée.

Au toucher, on relève une ovarite gauche. Les ovaires ne sont pas très sensibles. L'utérus est en rétroversion.

Traitement : Repos, injections chaudes trois fois par jour. Chaleur sur le ventre. A l'intérieur : hamamelis, viburnum et drosera. Traitement de la constipation. La malade est très améliorée par le traitement médical.

Nouvel examen quatre mois plus tard. Les ovaires sont gros, moins douloureux à la mobilisation. La dysménorrhée s'est beaucoup améliorée. Pas d'opération.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mlle S... (A.), âgée de 19 ans.

Comme antécédents personnels ne présente rien de particulier; réglée à 15 ans; rougeole en bas âge.

Il y a un an et demi, commence à souffrir du côté droit du bas-ventre. La douleur apparaît quelques jours avant les règles, sous

la forme d'une pesanteur, en s'aggravant de plus en plus. Dure pendant toutes les règles. S'irradie dans la jambe droite, surtout pendant le premier jour de l'écoulement.

La malade, constipée habituellement, au moment des règles présente de la diarrhée.

Le 8 juillet 1932, la malade est opérée d'appendicite. Pendant deux mois continue d'avoir ses règles sans souffrir, puis elle recommence à souffrir. Les douleurs sont aussi fortes qu'avant son opération. Elles apparaissent quatre à cinq jours avant les règles et durent pendant toute l'époque menstruelle, et présentent les mêmes irradiations dans la jambe.

Pendant les intervalles des règles, souffre toujours un peu du côté droit du bas-ventre, la fatigue augmente la douleur.

La malade est revue le 22 mars 1933 par le Professeur agrégé Jeanneney, qui lui conseille de se faire opérer.

Intervention le 29 mars 1933 : Ovariotomie; énorme ovaire droit; résection du présacré; utéropexie (opération de Baldy-Dartigue).

Suites opératoires très bonnes. La malade a eu ses règles le deuxième jour après l'opération, sans souffrir, et qui ont présenté une durée de deux jours. Elle a présenté des petits troubles urinaires pendant deux jours seulement.

Actuellement, la malade est très améliorée.

CONCLUSIONS

La dysménorrhée est un trouble de la menstruation provoquant des règles pénibles et laborieuses, s'accompagnant de phénomènes douloureux, soit dans les jours qui précèdent le flux cataménial, soit au moment même de l'écoulement menstruel.

C'est la manifestation douloureuse pendant l'époque menstruelle d'une lésion portant :

1° soit sur *l'utérus* : col et corps;

2° soit sur les *annexes* : ovaires et trompes.

Mais on observe encore des dysménorrhées dites essentielles, chez lesquelles aucune lésion anatomique locale n'est décelable à l'examen.

Nous supposons surtout deux mécanismes, qui prédominent dans la production de la dysménorrhée :

1° Une *hyperexcitation directe ou réflexe* des filets nerveux sympathiques ou para-sympathiques, qui assurent l'innervation de l'appareil utéro-annexiel par suite d'une lésion locale ou d'une lésion viscérale extragénitale voisine;

2° Une *hyperexcitabilité* pathologique des mêmes filets, qui est mise en éveil par l'ovulation.

Mais on ne peut pas envisager le syndrome dysménorrhéique à un point de vue exclusivement génital. Si on observe des cas où la dysménorrhée est en rapport avec les lésions de l'utérus et des annexes, elle dépend souvent de troubles de la santé générale, comme dans les dystrophies héréditaires.

res, les auto-intoxications, les désordres nerveux, l'insuffisance endocrinienne, les troubles de la circulation générale.

Ainsi, la dysménorrhée relève autant de la médecine que de la chirurgie, et elle demande la collaboration active du médecin et du chirurgien, et son traitement comprendra :

1° Traitement médical portant sur la crise et l'état dysménorrhéique;

2° Traitement chirurgical portant :

a) sur la cause;

b) sur la douleur;

c) sur la douleur et la cause.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 juillet 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNÈS. — Maladies des ovaires.
- BARD (L.). — Les bases physiologiques de la chirurgie du sympathique. *Lyon chirurgical*, 1927.
- CASTANO, ANIBAL ISTAROZZI. — Nouveau procédé chirurgical pour le traitement de l'ovarite scléro-kystique. *Gynécologie et obstétrique*, 1930.
- CEUILLE. — Des interventions sur le sympathique pelvien. Thèse Bordeaux, 1929.
- CHEINISSE (L.). — La dysménorrhée et son traitement. *La Presse médicale*, 1923.
- Le benzoïte de benzyle et ses applications thérapeutiques. *La Presse médicale*, 1920.
- CONDAMIN. — Essai de pathogénie de la dysménorrhée dite essentielle. *Lyon médical*, 1926.
- Dysménorrhée par antéflexion utérine. Ses rapports avec la douglassite. Pathogénie et traitement. *Le Journ. méd. franç.*, 1928.
- Le traitement de la dysménorrhée essentielle. *Lyon médical*, 1926.
- Traitement des douleurs lombo-sacrées par la disjonction du plexus hypogastrique avec utérus. *Lyon chirurgical*, 1927.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.
- Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. *Gazette des hôpitaux*, 12 oct. 1909.
- Sur la pathogénie et le traitement de la dysménorrhée membraneuse. *La Presse médicale*, 27 nov. 1929.

COTTE. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle place dans la thérapeutique gynécologique. *La Presse médicale*, 27 janv. 1925.

— Le traitement chirurgical des dysménorrhées rebelles par la résection du sympathique pelvien. *Le Journ. méd. franç.*, 1928.

— Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique péri-artérielle ou la résection du nerf présacré. *Lyon médical*, 1925.

— Traitement de la dysménorrhée par la résection du nerf présacré. Résultats éloignés des interventions faites en 1924-1925. *Lyon médical*, 1932.

— Sur la technique de la résection du nerf présacré. *Lyon chirurgical*, janv. 1927.

— Sur la constitution du nerf présacré. Plexus hypogastrique sup. d'Hovelaque. *Lyon chirurgical*, 1930.

— Dysménorrhée et stérilité liées à une malformation utérine. Opération conservatrice. *Lyon chirurgical*, 1930.

— A propos des interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. *Lyon chirurgical*, 1927.

DALCHÉ (P.). — Dysovarie. Hydrorrhée. Leucorrhée. Dysménorrhée. *Sciences médicales*, 30 avril 1929.

— Fausses règles de quinzaine. Dysménorrhée intermenstruelle. *Le Concours médical*, 13 avril 1926.

— Les dysménorrhées dites essentielles et leur traitement. *Progrès médical*, 1913.

— Dysovarie. *Progrès médical*, 1922.

— Maladies de l'ovulation.

— Dysménorrhée. Rhumatisme noueux et rétroflexion utérine. *Journ. intern. de méd. et de chir.*, 1903.

— Dysménorrhées. *Sciences médicales*, 1929.

DELASSUS. — Vingt années de massage gynécologique. *La Gynécologie*, févr. 1919.

DELENEUVILLE. — Contribution à l'étude du traitement de la dysménorrhée et des algies pelviennes par la résection du plexus hypogastrique supérieur. Thèse Lille, 1930.

DESPEIGNES. — Troubles menstruels causés par la tuberculose. Thèse
Lyon, 1923.

DONAY. — La sténose isthmique. *Le Journ. méd. franç.*, 1928.

— Société française de gynécologie, 1932.

— *Gynécologie et obstétrique*, avril 1925.

DONAY et COLANERI. — Les douleurs abdomino-pelviennes. *Rev.
franç. de gyn. et obst.*, juin 1933.

GALLARD. — Leçons cliniques.

GOULLILOUD. — De la dysménorrhée par malformation utérine.
Hématométrie minuscule. Séance de la Soc. de chir. de
Lyon, mars 1927.

GUYOT et JEANNENEY. — Malformation de l'utérus avec accès de
dysménorrhée alternative. *Journ. de méd. de Bordeaux*,
29 août 1913.

HALLOPEAU. — Guérison d'une névralgie génitale à forme grave
par la résection du plexus hypogastrique. *Bull. et mém.
de la Soc. de chir.*, 1922.

HAMET et VIGNES (H.). — Le Yohimbé. *La Presse médicale*, 1926.

HAMM (M.-H.). — Traitement de la stérilité féminine et de la
dysménorrhée par le tubage intra-utérin. *La Clinique*,
1925.

HÉRAUD. — Les névralgies pelviennes. *Rev. méd. de l'Est*, 1931.

— La dysménorrhée membraneuse comme cause de stérilité.
Rev. méd. de l'Est, 1931.

HERTZLER. — Relation entre la dysmenorrea y la tirotoxicosis inter-
ticial comprolada per el tratamiento. S.-U. Arg.

ILROY (Mac. Louise). — A case of dysmenorrhea due to calcifica-
tion of the ovary. *Proced of the Roy. Soc. of medecine*,
août 1928, p. 1721.

JEANNENEY. — La menstruation et ses troubles en pratique. *Progrès
médical*, 30 nov. 1925.

JEANNENEY et ROSSET-BRESSAND. — Formulaire gynécologique du
particien. Doin, édit., Paris, 1929.

JABOULAY. — Le traitement de la névralgie pelvienne par paralysie
du sympathique sacré. *Lyon médical*, 1899, t. I.

- KREISS. — Les algies cataméniales. *Journ. méd. franç.*, 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique, p. 72.
- LECLERC et MEIER. — La résection du plexus hypogastrique supérieur dans la dysménorrhée et les névralgies pelviennes. *Bourgogne médicale*, mars 1932.
- LERICHE. — Résultats éloignés (5 ans 1/2) d'une sympathectomie des deux artères hypogastriques pour dysménorrhées douloureuses. *Lyon chirurgical*, janv. 1927.
- LÉO. — Helminthiase et Douglas douloureux. *Le Courrier médical*, 1921.
- LESCALLE. — Thèse Bordeaux.
- MACÉ DE LAPINAY. — Le traitement de la dysménorrhée ovarienne. *L'Œuvre médicale*.
- MARCEZ. — Dysménorrhée et cycle menstruel. *Journ. méd. franç.*, 1928.
- MERLE (Léon). — La dysménorrhée et l'aménorrhée. Résultats obtenus par le traitement hydrominéral de Bourbonne-les-Bains. *Ann. d'hydrol. et de chir. méd.*, 1928.
- NETTER. — Dysménorrhée et massage gynécologique. Soc. franç. de gyn., 1932.
- PAOLI. — Dysménorrhée membraneuse. Thèse Paris, 1905.
- PERÈS (Maurice). — Traitement par la radiothérapie fonctionnelle symptomatique des dysménorrhées et troubles associés. Thèse Paris, 1931.
- PETITS-DUTAILLIS. — Aperçu pratique des dysménorrhées et de leur traitement. *La Gynécologie*, févr. 1914.
- PHILIPS (L.). — Dysménorrhée des jeunes femmes, *La Presse médicale*, 6 déc. 1921.
- PITOUS. — De la dysménorrhée d'origine nasale. Thèse Bordeaux, 1902.
- RACIBORSKI. — Traité de la menstruation.
- RICHE. — Les dysménorrhées pubertaires. *Montpellier médical*, 1931, n° 23.
- SAPPAY (Paul). — Le traitement hydrominéral de la dysménorrhée pubertaire par les eaux sulfureuses. *Montpellier médical*, mai 1931.

SIREDEY et FAURE (J.-L.). — *Gynécologie*.

SIREDEY. — Dysménorrhée. *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*

SIREDEY (A.). — La dysménorrhée. *La Gynécologie*, 1923.

VAYSSIÈRE. — Diagnostic et traitement des dysménorrhées. *Le Journ. méd. franç.*, 1928.

VIGNES. — La physiologie de l'appareil génital de la femme.

— Qu'est-ce que la dysménorrhée. *Progrès médical*, p. 943, n° 23.

VILLARD. — Les algies pelviennes et les interventions sur le sympathique. *Lyon chirurgical*, 1927.

